FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Jean, Louis, Adrien, Stanislas MARMASSE

Né le 19 mai 1901 à Blois (Loir-et-Cher)

Interne pr. des Hôpitaux de Paris

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPÉRALE GRAVE

Travail du Service du Professeur Agrégé METZGER

Maternité de l'Hôpital Tenon

Président : M. JEANNIN, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE . . .	Chimie biologique.
BRANCA . . .	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET . .	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . .	Histologie.
CHIRAY . .	Pathologie médicale.
CLERC . . .	
DEBRÉ	Hygiène.
J. de JONG . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	
GARNIER. . .	Pathologie expérimentale.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ(Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE . .	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER. . .	Obstétrique.
MOCQUOT .	Pathologie chirurgicale
MONDOR. .	
MOURE. . .	
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils .	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL .	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT. .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LARREBOULLET	Clinique médicale infantile.
LÉRI LŒPER.	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur C. JEANNIN

Professeur de Clinique Obstétricale
Accoucheur de la Maternité de la Pitié

Qui m'a fait le grand honneur de présider cette thèse Qu'il veuille bien accepter ici la profonde reconnaissance du fils de son ancien collègue.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1918. — M. le Professeur CHAUFFARD.
1919. — M. le Docteur ARROU.

Externat

1920. — M. le Docteur BAUDET.
1921. — M. le Professeur CHAUFFARD.
1922. — M. le Professeur LECÈNE.
1923. — M. le Professeur SERGENT.
1924. — M. le Docteur PAPILLON.

Internat Provisoire

1925. — M. le Professeur agrégé METZGER.
1926. — M. le Docteur Guy LAROCHE.

AVANT-PROPOS

C'est pour moi un devoir très doux et très agréable de profiter de l'occasion qui m'est offerte ici pour donner à mes parents un témoignage public de ma filiale affection.

Ma chère Mère, vous avez enveloppé de tendresse et de sollicitude ces 25 années, cherchant à éloigner de l'aîné de vos fils tout péril, qu'il soit physique ou moral : jamais il ne me sera donné de vous rendre tout ce que j'ai reçu de vous. Que ce travail du moins soit une preuve de toute ma reconnaissance.

C'est à mes Maîtres et au premier d'entre eux, à mon Père, qu'il me faut reporter tout le mérite de ce travail. N'est-ce pas vous, mon Père, qui m'avez initié aux secrets de la profession médicale, me montrant chaque jour les joies profondes qui se cachent sous des obligations parfois pénibles ? N'avez-vous pas été pour moi un guide sûr au milieu du dédale des influences médicales ? Ne m'avez-vous pas montré par votre exemple, en une époque de crise de conscience professionnelle, comment il faut penser et agir pour être digne du titre de Médecin. Tout cela vous l'avez fait par vos conseils, surtout par votre vie : soyez en publi-

quement et affectueusement remercié ici. Oserais-je ajouter qu'un certain atavisme médical préparait peut-être le terrain : quelle que soit la branche de la famille vers laquelle je me tourne, j'y vois à toutes les générations des médecins en pleine possession de leur art.

« Tu élèveras celui qui t'a enseigné l'art au rang de l'auteur de tes jours », disait Hippocrate dans le « Traité du Serment ». C'est pourquoi j'ai désiré placer à la suite du nom de mon Père, celui des Maîtres éminents qui m'ont consacré leur temps, leur science et leur cœur : que tous veuillent bien trouver ici le faible témoignage de ma reconnaissance. Je veux toutefois nommer le Professeur agrégé Metzger qui, m'ayant accepté comme interne, sut, par son esprit critique et sa logique parfois implacable, me faire aimer cette branche si spéciale de la Médecine. C'est sous sa direction que fut conçu et exécuté ce travail : qu'il veuille bien en accepter l'hommage comme une preuve d'infinie reconnaissance.

Je veux enfin dire un très cordial merci, pour les joies qu'ils m'ont procurées durant ces années d'études, à tous mes collègues et amis, et tout spécialement aux membres de la conférence Laënnec : les liens d'amitié qui se sont ainsi créés sauront, je l'espère, résister aux atteintes du temps.

INTRODUCTION

Tout a été dit sur l'infection puerpérale, les opinions les plus diverses ont été soutenues, les traitements les plus variés ont été essayés. On serait tenté de croire la question épuisée si les revues d'obstétrique ne venaient de temps à autre apporter une nouvelle méthode.

Serait-ce que tous les traitements proposés sont efficaces ? *A priori* leur multiplicité, parfois leur contradiction, s'opposent à cette valeur : n'a-t-on pas préconisé successivement l'injection intra-utérine et le curettage, l'hysterectomie et l'application intra-utérine de filtrat de cultures de streptocoques, l'abcès de fixation et la colloïdoclasie, la sérothérapie et la vaccinothérapie, les injections de cyanure de mercure et celles de novarsenobenzol, et d'autres encore. Cette simple constatation a une réelle valeur négative, d'autant que, et ce n'est pas le trait le moins frappant de ces communications, les résultats sont presque toujours favorables.

On est, de ce fait, en droit de chercher ailleurs la raison de ces succès ; on en arrive ainsi à penser que toutes les méthodes jusqu'alors employées font fausse

route, que l'infection puerpérale guérit non pas grâce à ces traitements, mais bien malgré ces traitements, qu'en un mot, L'INFECTION PUERPÉRALE A UNE TENDANCE NATURELLE A GUÉRIR, n'étant peut-être plus aujourd'hui aussi grave qu'on le dit.

C'est là certes une opinion téméraire, mais qui pourtant date de quelques années déjà. Au Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française de 1921, le Pr Brindeau s'élevait contre les interventions. A ce même Congrès, notre maître, le Professeur agrégé Metzger, conseillait de s'abstenir d'un bout à l'autre de l'infection.

Cette manière de traiter l'infection puerpérale, pour paradoxale qu'elle paraisse étant données les idées actuelles sur la pathogénie de l'infection, nous paraît pourtant confirmée par les faits. Durant l'année que nous avons passée à la Maternité de l'Hôpital Tenon, nous avons vu guérir des femmes atteintes d'infection puerpérale grave chez lesquelles on s'était contenté d'un traitement minime. Les Archives du Service nous ont par ailleurs montré des résultats analogues durant l'année précédente. Ce sont ces observations qui sont la base de ce travail où, après avoir montré une série de courbes de température, nous étudierons en le discutant le traitement qui a été institué, laissant à chacun le soin de réfléchir sur les deux méthodes : la méthode de l'intervention et la méthode de l'abstention.

LES OBSERVATIONS

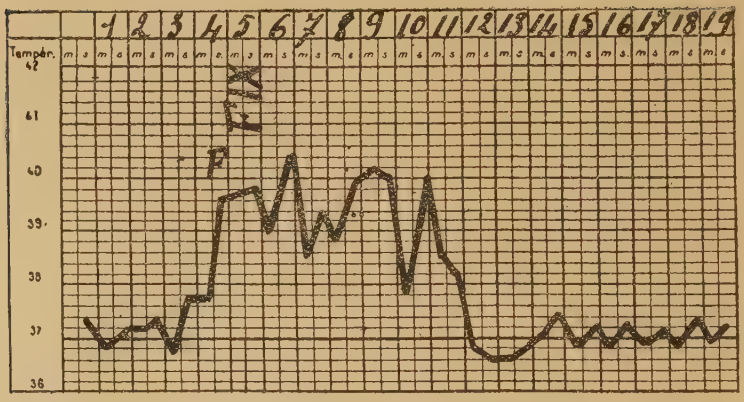
Nous avons classé nos observations en 5 groupes :

1) Infection puerpérale avec abcès de fixation ;
2) Infection puerpérale sans abcès de fixation ;
3) Infection ovulaire ;
4) Les 2 décès par infection puerpérale ;
5) 2 observations de femmes accouchées en ville et amenées à la Maternité de Tenon. Nous avons ajouté ces 2 observations bien qu'elles ne rentrent pas dans le cadre de la question, parce que leur évolution est très typique.

Toutes ces observations ont été reproduites sur un même type qui ne tient compte que du nombre de jours écoulés depuis l'accouchement. Deux abréviations ont dû être employées :

F : frisson.
Fix : abcès de fixation.

Obs. 1 — Mme L... Emilie, 27 ans. I pare.



Nov. 1925 : Forceps au D. S. pour souffrance fœtale. Episiotomie. Fille vivante 3.820. Délivrance naturelle complète.

4e jour : Frissons. Lochies sanglantes et fétides. Douleur sur les 2 cornes utérines surtout la droite. Episiotomie grisâtre.

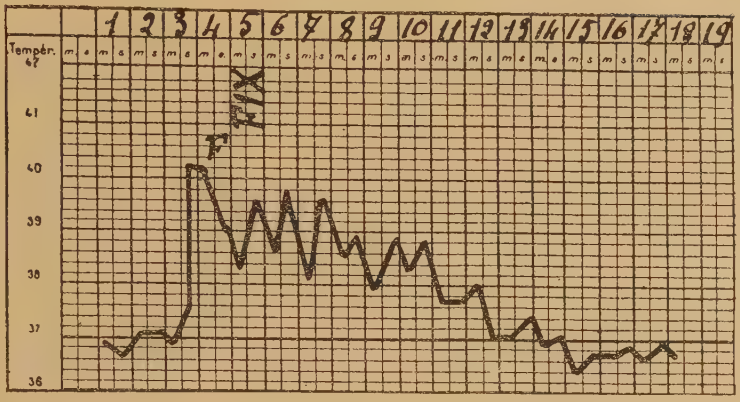
5e jour : Abcès de fixation.

9e jour : Utérus peu douloureux. Episiotomie en voie de cicatrisation.

14e jour : Incision de l'abcès.

21e jour : Sortie : Episiotomie incomplètement cicatrisée. Utérus non douloureux. Abcès de fixation incomplètement cicatrisé.

Ob. 2. — Mme C... Denise, 23 ans. II pare.



Spécifique traitée pendant sa grossesse.

30 janv. 1924 : Acc. naturel garçon vivant 2.750.
Délivrance naturelle complète 550.

3e jour : A 22 h. élévation de température sans frisson. Céphalée Douleur sur la corne gauche.

4e jour : Frissons répétés. Utérus gros douloureux sur ses deux cornes. Lochies grisâtres. Escharres vaginales pansées à la bouillie lactique.

5e jour : Abcès de fixation.

6e jour : Utérus moins gros et moins douloureux. Lochies peu fétides. Meilleur aspect des plaies vaginales.

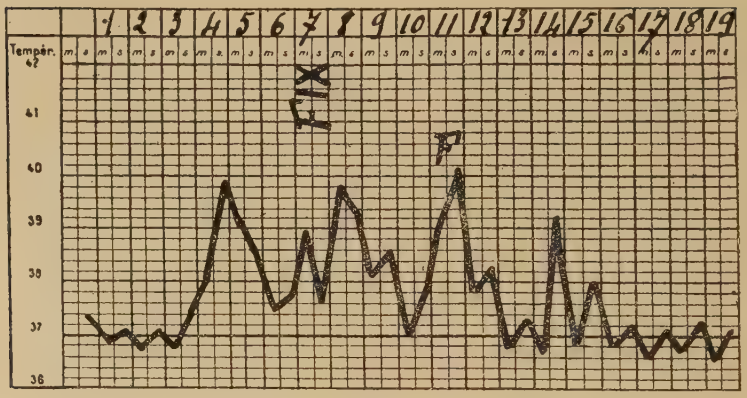
8e jour : Douleur latéro-utérine gauche avec un peu de contracture pariétale. Lochies peu abondantes.

10e jour : La contracture pariétale a disparu. Lochies normales.

13e jour : Incision de l'abcès.

18e jour : Sortie : Utérus non douloureux.
Abcès cicatrisé.

Obs. 3. — Mme C... Yvonne, 23 ans, I pare.



Août 1924 : Acc. naturel Garçon vivant 4.050.
Délivrance naturelle complète.

4e jour : Lochies fétides. Utérus douloureux.

7e jour : Abcès de fixation.

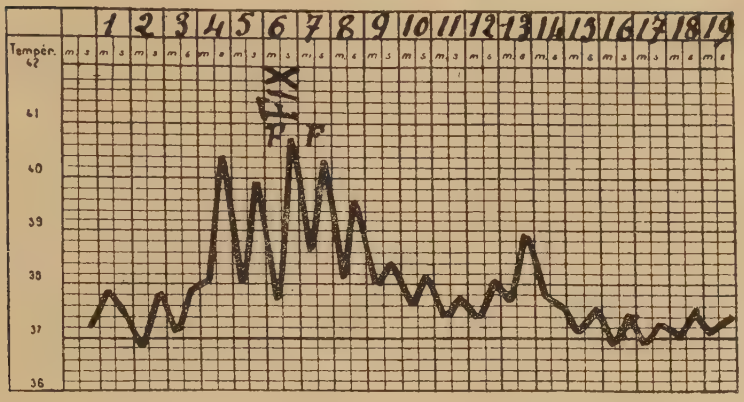
9e jour : Lochies fétides grisâtres.

11e jour : Frisson. Incision de l'abcès.

13e jour : Lochies peu fétides.

21e jour : Sortie : Col fermé. Utérus petit.
Abcès de fixation presque cicatrisé.

Obs. 4. — Mme H.., Georgette, 20 ans, I pare.



20 oct. 1925 : Acc. naturel. Garçon vivant 3.670. Episiotomie gauche (2 catguts). Délivrance naturelle complète.

2e jour : Lochies non fétides. Episiotomie grise. Ablation des catguts.

4e jour : Corne utérine droite douloureuse. Lochies grisâtres et fétides.

6e jour : Frisson. Utérus gros douloureux sur ses 2 cornes Col fermé. Abcès de fixation.

7e jour : Frisson. La corne gauche est plus douloureuse.

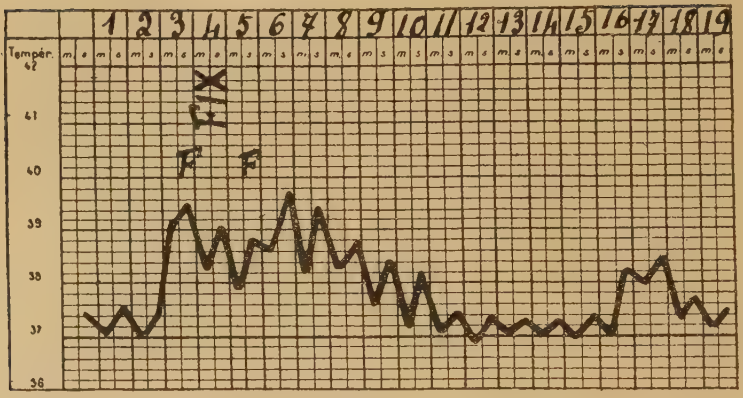
8e jour : Meilleur état général. Lochies encore fétides.

13e jour : Utérus non douloureux. Lochies séreuses. Incision de l'abcès.

17e jour : Suture secondaire de l'abcès. Etant donné qu'il existe un grand décollement on fait une contrincision au point déclive.

23e jour : Sortie : Utérus à 2 doigts du pubis. Episiotomie bien cicatrisée.
La cicatrice de l'abcès est parfaite. Un léger écoulement séreux persiste par la contrincision.

Obs. 5. — Mme K... Lydie, 28 ans, 1 pare.



15 juil. 1924 : Acc. naturel. Garçon vivant 3.450.
Délivrance naturelle complète 620.

3e jour : Frissons intenses répétés. Utérus au niveau de l'ombilic, mou, douloureux. Lochies sans odeur.

4e jour : Abcès de fixation.

5e jour : Frissons répétés.

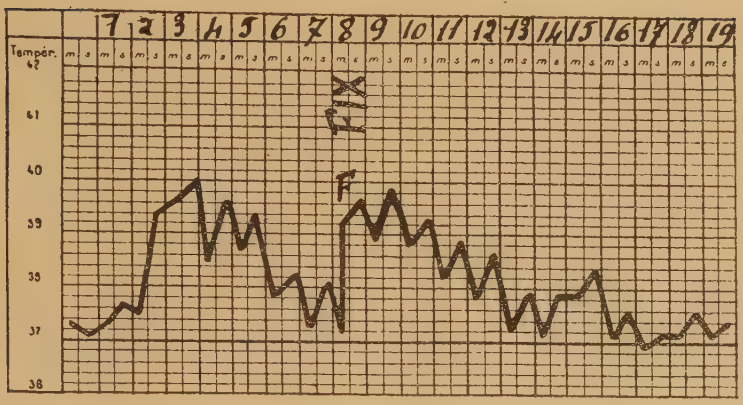
6e jour : Meilleur état général. Utérus à 2 doigts au-dessous de l'ombilic un peu douloureux.
Lochies grisâtres très fétides.

9e jour : Utérus à 4 doigts au-dessous de l'ombilic. Lochies encore un peu fétides.

15e jour : Utérus non douloureux. Lochies rosées sans odeur.
Incision de l'abcès.

32e jour : Sortie : Utérus à un doigt au-dessus du pubis.
Abcès incomplètement cicatrisé.

Obs. 6. — Mme D... Georgette, 27 ans, 1 pare.



21 août 1924 : Forceps pour souffrance fœtale.
Garçon vivant 2.970.
Délivrance naturelle complète 580.

3e jour : Femme fatiguée. Plaies vaginales grisâtres. Pas de douleurs utérines.

5e jour : Lochies fétides.

8e jour : Grand frisson à 11 h. Céphalée, insomnie. Abcès de fixation.

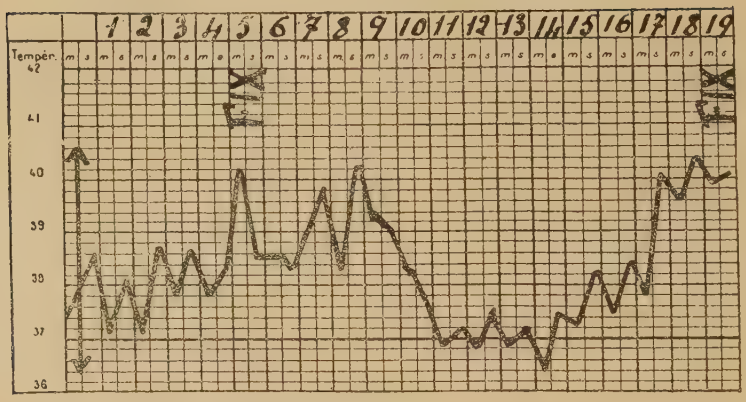
10e jour : Etat général médiocre.

15e jour : La céphalée persiste encore.

18e jour : Amélioration nette. Incision de l'abcès.

21e jour : Sortie : Abcès non cicatrisé.

Obs. 7. — Mlle L... Cécile, 21 ans, 1 pare.



Hospitalisée à la Maternité de Tenon pour pertes gonococciques très abondantes avec vaginite granuleuse à 7 mois de grossesse.

Traitée par des mèches vaginales de permanganate de K au 1/10 : amélioration rapide, mais qui cesse chaque fois que l'on arrête ce traitement.

17-20 juil. 1925 : Travail long, col très résistant, morphine.

20 juil. : Forceps difficile au détroit moyen. Fille de 3.400 n'ayant pu être ranimée. Déchirure du col et du périnée. Délivrance naturelle complète suivie d'une hémorragie importante : (tamponnement).

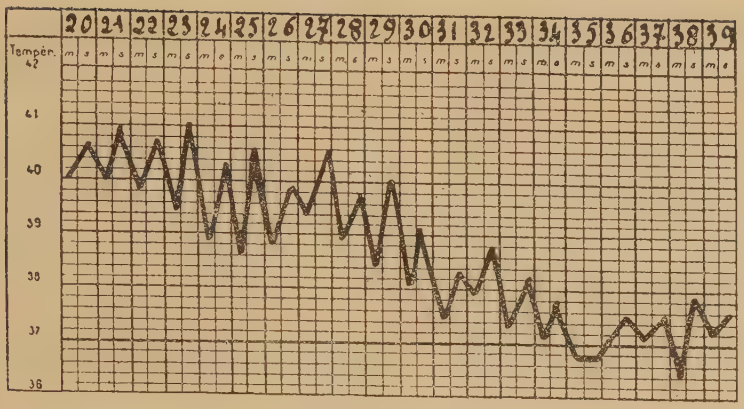
3e jour : Etat général médiocre, céphalée, fatigue, pas de frisson. Utérus douloureux. Lochies fétides. Plaies vaginales un peu grises.

5e jour : Abcès de fixation.

7e jour : Même état. La femme se plaint sans arrêt. Utérus douloureux sur ses deux cornes. Lochies fétides. Les plaies vaginales, encore grisâtres, ont meilleur aspect.

9e jour : Incision de l'abcès.

11e jour : Etat général meilleur. La femme s'alimente. Utérus encore un peu douloureux. Lochies peu



fétides, les plaies vaginales ont meilleur aspect.

14e jour : Etat général bon. Utérus indolore. Lochies purulentes non fétides.

18e jour : Pas de frisson. Etat général grave. Pouls petit, rapide. Un peu de délire. Une injection de septicémine.

19e jour : Nouvel abcès de fixation.

20e jour : L'état général reste aussi grave Le pouls est filiforme, le délire continuel, on attend le décès de la femme d'une heure à l'autre.

22e jour : L'état général reste très grave, un peu moins de délire.

23e jour : L'abcès semble vouloir prendre, mais réaction faible. A partir de cette date la température devient oscillante sans qu'il existe de suppuration. L'état général s'améliore très lentement.

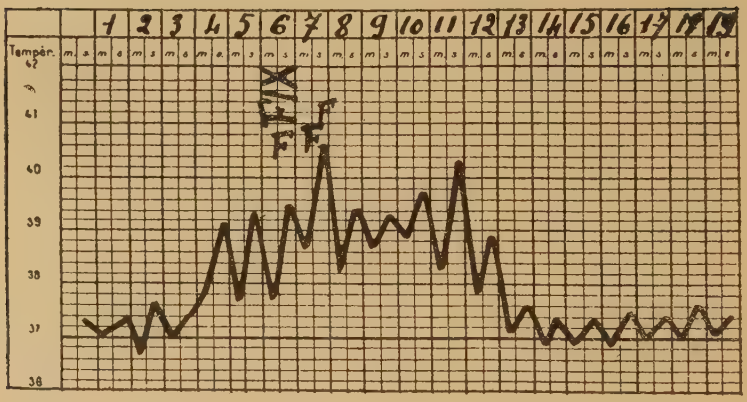
30e jour : Il y a amélioration nette, mais la femme reste très faible, peu d'appétit. L'abcès a pris.

35e jour : Incision de l'abcès. Amélioration rapide de l'état général.

60e jour : Sortie : Guérison complète. Les deux abcès sont parfaitement cicatrisés. Seule persiste la déchirure du périnée.

Revue en nov. 1925 la femme est très bien portante.

Obs 8. — Mme B..., Louise, 23 ans, I paré.



Grossesse avec hydramios, traitement par cyanure Hg.

15 juin 1924 : Forceps pour non progression de la tête. Fille vivante 3.450. Episiotomie. Délivrance naturelle complète 830, suivie d'une légère hémorragie (Hypophyse).

4e jour : Etat général moyen. Utérus dur non douloureux.

5e jour : Lochies grisâtres.

6e jour : Frissons répétés. Utérus gros. Ablation des cat. guts. Abcès de fixation.

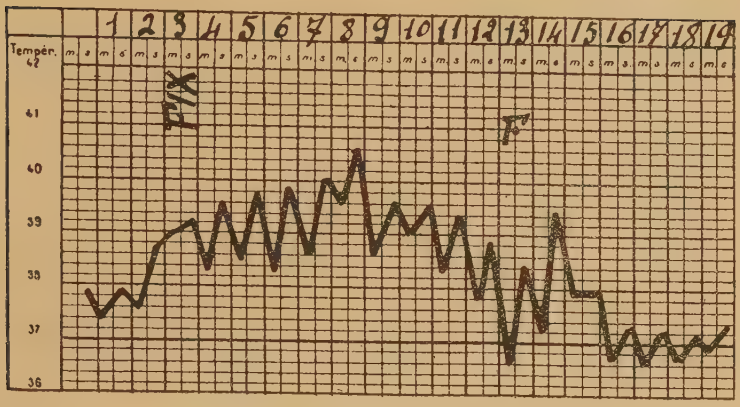
7e jour : Frissons le matin et l'après-midi.

9e jour : Pas de céphalée. Lochies non odorantes.

12e jour : Pas de lochies. Incision de l'abcès.
A la palpation de l'abdomen on sent dans les 2/3 supérieurs droits une masse non douloureuse, ayant le contact lombaire, difficile à limiter (rein probable).

19e jour : Sortie : Utérus pelvien, Pas de lochies.

Obs. 9. — Mme R .., Simone, 23 ans, I pare.



25 mars 1925 : Acc. naturel garçon vivant 2.680. Délivrance naturelle complète 400, suivie d'une hémorragie de 700 gr. environ.

3e jour : Pas de frisson, température à 39°, utérus douloureux. Lochies fétides. Abcès de fixation.

5e jour : Lochies sanglantes encore fétides. Utérus encore douloureux.

8e jour : Même état.

13e jour : Frisson avec céphalée. L'examen des urines ne montre ni pus ni coli.

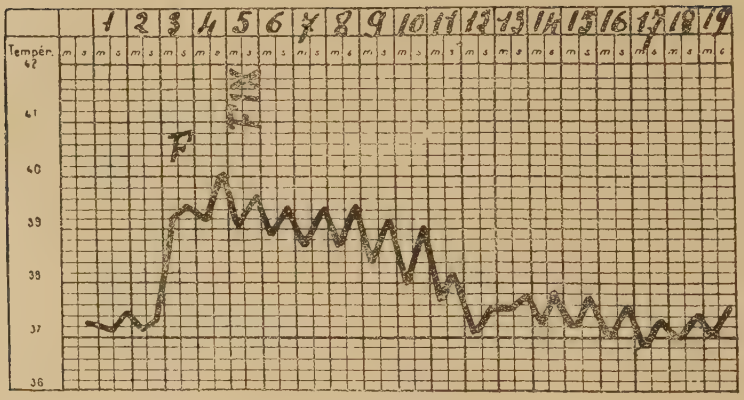
15e jour : Incision de l'abcès.

18e jour : Expulsion de quelques caillots.

23e jour : Bon état général. Lochies encore rosées.

28e jour : Sortie : Utérus à 4 doigts du pubis. La femme ne perd plus de sang.

Obs. 10. — Mme L... Joséphine, 29 ans, IV pare.



12 juin 1924 : Acc. naturel. Fille vivante 3.950.
Délivrance naturelle complète 770.

1er jour : Utérus douloureux sur la corne droite.

3e jour : A 8 heures grand frisson durant 30 minutes. Lochies fétides.

4e jour : A 1 heure hémorragie assez abondante avec des caillots.
A 10 heures utérus au niveau de l'ombilic, corne droite douloureuse. Lochies brunâtres, fétides.

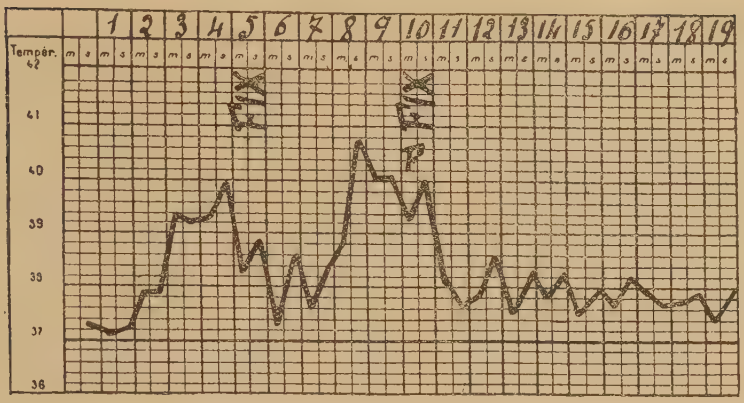
5e jour : Utérus à l'ombilic dur. Lochies grisâtres fétides. Insomnie complète. Abcès de fixation.

8e jour : Utérus à 2 doigts au-dessous de l'ombilic. Lochies peu abondantes non odorantes.

10e jour : Bon état général. Incision de l'abcès.

20e jour : Sortie : Utérus à 2 doigts au-dessus du pubis. Abcès presque cicatrisé.

Obs. 11. — Mme S. . Yvonne, 37 ans, V pare.



24 janv. 1924 : Acc. naturel. Garçon vivant 3.460.
Délivrance naturelle complète 600.

3e jour : Utérus mou, douloureux sur ses cornes.
Lochies fétides.

5e jour : Utérus toujours mou, peu douloureux.
Lochies moins fétides. Abcès de fixation gauche.

10e jour : Frisson dans la nuit. Céphalée. Utérus non douloureux. Lochies peu fétides.
L'abcès de fixation n'ayant pas pris, on en fait un 2e, à droite.
Apparition d'un abcès sous la peau de la région sacrée : drainage filiforme.

14e jour : Utérus non douloureux. Lochies peu abondantes.

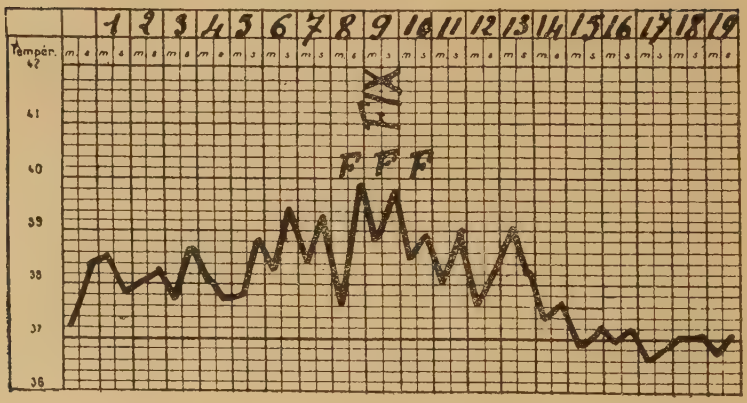
19e jour : L'abcès gauche se collecte ; le droit commence à se former, rougeur diffuse avec œdème étendu.

22e jour : Incision des 2 abcès.

26e jour : Frisson coïncidant avec une rétention de pus à la partie inférieure de l'abcès droit : contrincision.

34e jour : Sortie : Abcès presque complètement fermés.
Bon état général.

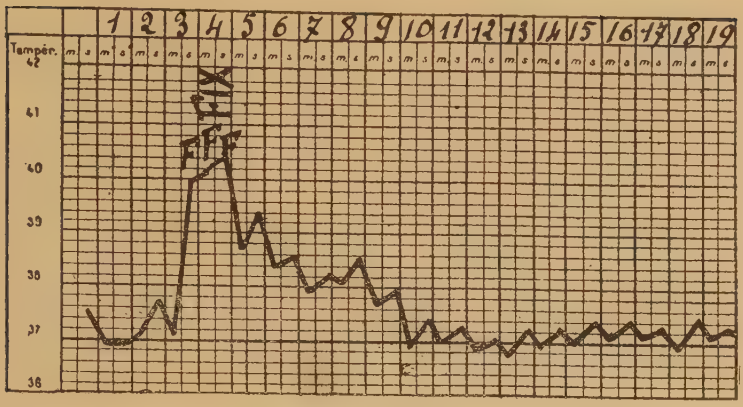
Obs. 12. — Mme L... Yvonne, 26 ans, I pare.



18 fév. 1926 : 12 heures. Forceps avec incision du col pour rigidité du col. Garçon vivant 3 580. Suture du col.
Délivrance naturelle complète 750,
Hémorragie importante. Tamponnement
Sérum intra-veineux sous-cutané.
13 h 30. Accentuation des signes d'hémorragie. Nouveau tamponnement Sérum.
16 heures Etat général reste très grave.
Transfusion : 240 gr. de sang. Amélioration immédiate

1er-2e j : Etat général médiocre, pouls rapide.
4e jour : Lochies odorantes Utérus non douloureux.
6e jour : Pas de frisson Céphalée, malaise Lochies grisâtres
8e jour : Frisson. Etat général grave, fatigue très marquée, teint bistre.
9e jour : Frisson Abcès de fixation
10e jour : Frisson Etat général toujours grave. Un peu de carphologie. Lochies grisâtres
12e jour : Amélioration nette de l'état général.
16e jour : Incision de l'abcès Lochies non odorantes.
20e jour : Bon état général. Pas de lochies.
27e jour : Sortie : Utérus à 2 doigts du pubis. Incision du col parfaitement cicatrisé.
Cicatrisation régulière de l'abcès.

Obs. 13. — Mme N... Constance, 28 ans, IV pare.



Antécédents de spécificité. Ablation d'un kyste de l'ovaire en février 1924, étant enceinte de 5 mois, acc. à terme en juin 1924.

19 fév. 1926 : Acc. naturel. Fille vivante 2.480. Délivrance naturelle complète.

3e jour : Frisson, douleur sur les 2 cornes, plus marquée à droite.

4e jour : Frisson le matin et le soir. Abcès de fixation. Lochies un peu fétides.

5e jour : Douleur seulement sur la corne droite. Lochies fétides.

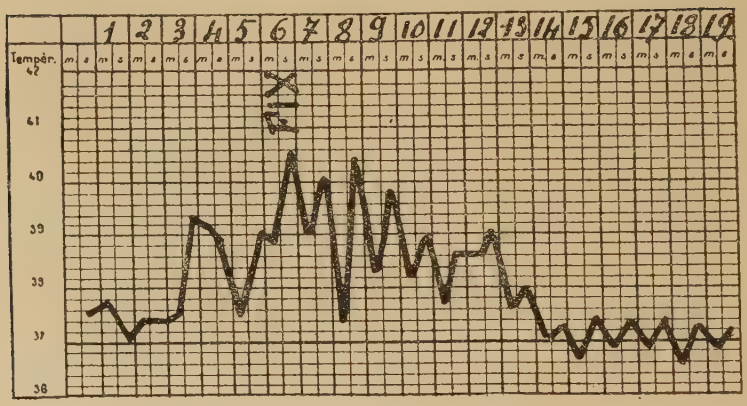
8e jour : Utérus non douloureux. Lochies sanglantes.

12e jour : Incision de l'abcès. Les lochies sont encore sanglantes.

16e jour : Suture secondaire de l'abcès.

18e jour : Lochies encore sanglantes. Utérus en rétroversion, non douloureux.

Obs. 14. — Mme G... Simone 20 ans, I pare.



26 janv. 1924 : Acc. naturel. Fille vivante 3 420.
Délivrance naturelle complète 580.

3e jour : Utérus non douloureux. Lochies odorantes.

4e jour : Utérus douloureux. Lochies grisâtres.

6e jour : Lochies très fétides Abcès de fixation.

9e jour : Utérus encore gros, corne droite douloureuse. Lochies grisâtres

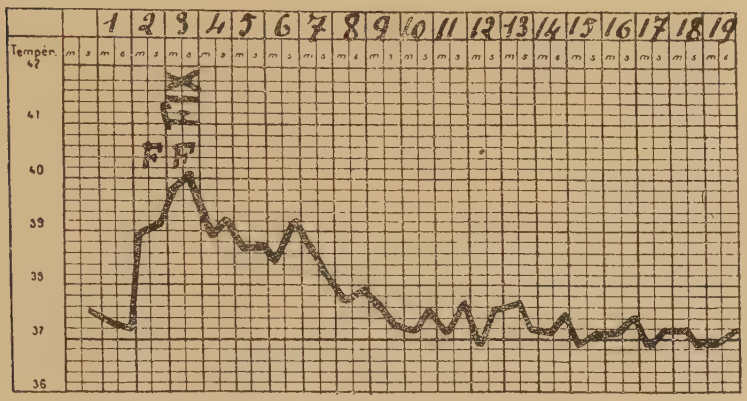
11e jour : Corne droite douloureuse. Lochies peu abondantes.

13e jour : Corne gauche un peu douloureuse.

17e jour : Utérus non douloureux Très peu de lochies. Incision de l'abcès.

20e jour : Sortie : Utérus à deux doigts du pubis.
Abcès non cicatrisé.

Obs. 15. — Mme M... Germaine, 35 ans, III pare.



23 juil. 1924 : Acc. naturel. Garçon vivant 3 800. Souffrance fœtale (liquide vert) 3 circulaires. Délivrance naturelle 700. Membranes déchirées.

2e jour : Frissons. Utérus au niveau de l'ombilic, dur non douloureux.

3e jour : Frisson. Lochies fétides Abcès de fixation.

6e jour : Meilleur état général. Aspect phlegmoneux de la cuisse.

7e jour : Utérus à un doigt au-dessous de l'ombilic. Lochies brunâtres encore fétides.

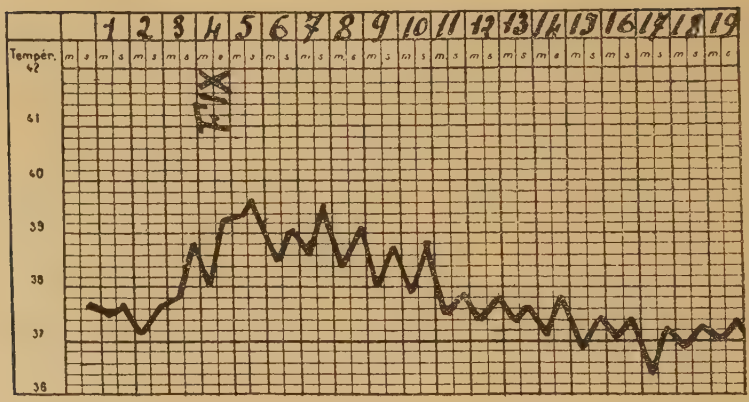
9e jour : La cuisse droite est encore gonflée, douloureuse. Incision : pas de pus, pansement humide.

12e jour : Du pus abondant s'écoule par l'incision, diminution de l'œdème de la cuisse. Lochies non fétides.

17e jour : Par l'incision coule toujours du liquide purulent abondant.

27e jour : Sortie : Etat général bon. Utérus à 2 doigts du pubis. Abcès incomplètement cicatrisé.

Obs. 16. — Mme T... Marie, 21 ans, I pare.



1er av. 1925 : Forceps pour lenteur de la période d'expulsion. Garçon vivant 3.370
Déchirure du périnée (2 crins)
Délivrance naturelle complète 550.

2e jour : Rétention d'urine existant depuis l'acc., elle persistera jusqu'au 10e jour. Chaque jour cathétérisme vésical matin et soir.

4e jour : La femme est très faible, n'a pas d'appétit.
Utérus un peu douloureux. Lochies abondantes fétides.
Abcès de fixation.

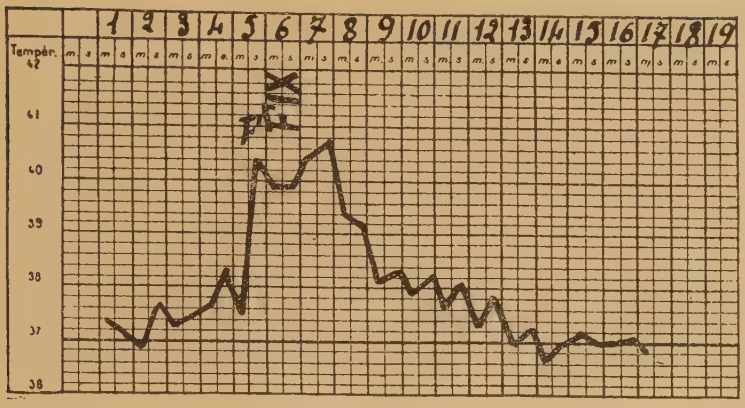
6e jour : Le périnée est sphacélé, on enlève les crins et on panse à plat. Lochies purulentes.

11e jour : Bon état général. Lochies encore un peu odorantes. La femme urine spontanément.

16e jour : Lochies normales. Incision de l'abcès.
Les plaies périnéales sont bourgeonnantes.

28e jour : Sortie : bon état général. Utérus à 4 doigts du pubis. Le périnée n'a pas pris, mais les plaies sont cicatrisées.

Obs. 17. — Mme F... Louise, 28 ans, I pare.



13 juin 1924 : Forceps au D. Inf. pour souffrance fœtale. Garçon vivant 3.580.
Déchirure du périnée (2 catguts).
Délivrance naturelle complète 760.

5e jour : Frissons violents répétés suivis de sueurs abondantes. Utérus au niveau de l'ombilic, douloureux sur les deux cornes. Lochies fétides.
Ablation des fils.

6e jour : Abcès de fixation.

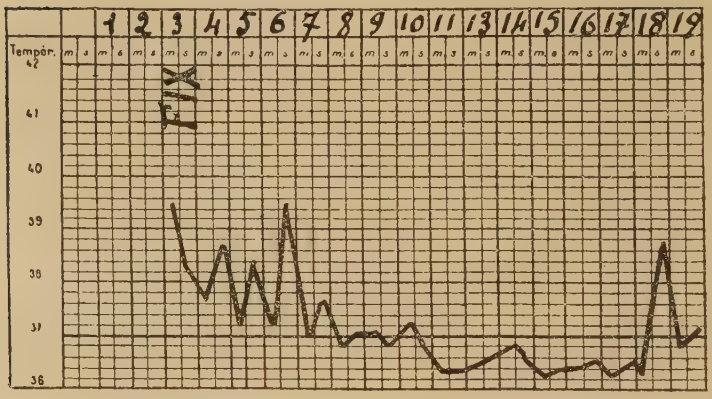
7e jour : Céphalée mais pas de frisson. Utérus dur à un doigt au-dessous de l'ombilic moins douloureux.
Lochies moins abondantes non fétides

12e jour : Peu de céphalée. Utérus à 2 doigts au-dessous de l'ombilic, encore sensible. Lochies séreuses.

14e jour : Utérus sensible seulement sur la corne gauche. Bon état général. Incision de l'abcès.

17e jour : Sortie : Bon état général. Utérus à deux doigts du pubis indolore. Abcès non cicatrisé.

Obs. 18. — Mme P... Yvonne, 23 ans. I pare.



5 mai 1924 : Acc. naturel chez la Sage femme agréée. Fille vivante 3.200. Déchirure du périnée (2 catguts). Délivrance naturelle complète Après l'accouchement, frissons avec agitation et sueurs.

1er jour : Pas de frisson mais hémorragie avec quelques caillots. La femme est ramenée à la Maternité à 22 h.

2e jour : Utérus à 1 doigt au-dessus de l'ombilic avec ses 2 cornes douloureuses. Lochies très abondantes. Ablation des catguts.

3e jour : Abcès de fixation.

4e jour : Lochies grisâtres Corne droite douloureuse.

7e jour : Lochies grisâtres, fétides. Utérus non douloureux à 1 doigt au-dessous de l'ombilic.

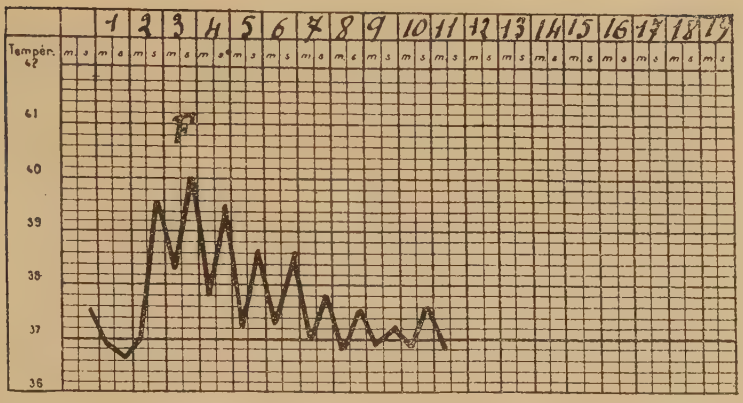
12e jour : L'utérus ne diminue pas, il est à un doigt au-dessous de l'ombilic. Lochies séro-sanguinolentes.

14e jour : Incision de l'abcès.

18e jour : Frisson, céphalée. Rien de particulier du côté de l'abdomen. Utérus à 3 doigts du pubis.

27e jour : Sortie : La femme ne perd plus. Utérus à 2 doigts du pubis. Abcès presque cicatrisé.

Obs. 19. — Mme Q... Yvonne, 20 ans. I pare.



4 avril 1924 : Acc. naturel. Garçon vivant 2.820. Délivrance naturelle complète.

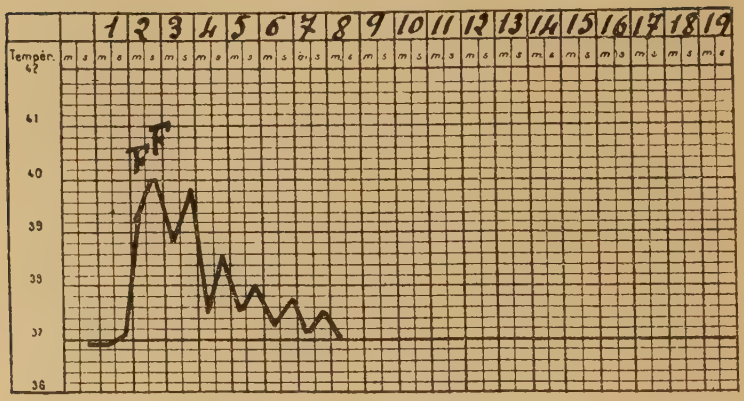
3e jour : Frisson. Utérus dur, remontant à l'ombilic non douloureux. Lochies sanguinolentes et fétides.

6e jour : Lochies encore fétides.

8e jour : Lochies non fétides.

12e jour : Sortie : Utérus à trois doigts du pubis.

Obs. 20. — Mme R... Andrée, 28 ans. III pare.



Au 3e mois de sa grossesse, la femme semble avoir fait une crise d'appendicite.

20 juin 1924 : Acc. naturel. Garçon vivant 2.730. Délivrance naturelle complète 400.

2e jour : Le matin frisson durant 15 minutes. Le soir nouveaux frissons répétés. Utérus douloureux à gauche.

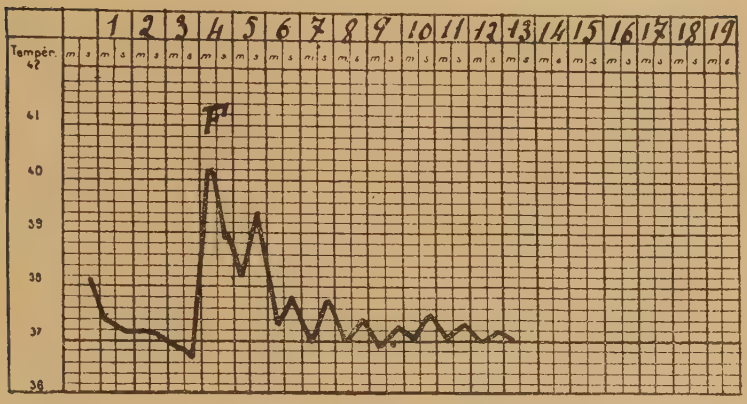
3e jour : Pas de frisson mais céphalée. Hyperesthésie cutanée, abdomen très douloureux. Utérus dur à un doigt au-dessous de l'ombilic, très douloureux sur la corne gauche. Lochies un peu grisâtres

4e jour : Meilleur état général. Corne gauche encore sensible. Lochies brunâtres odorantes.

6e jour : Bon état général. Utérus dur non douloureux. Lochies brunâtres abondantes sans odeur.

8e jour : Sortie : Col perméable. Utérus à 4 doigts du pubis. Lochies abondantes.

Obs. 21. — Mme M... Marie-Louise, 21 ans. I paré.



21 mars 1925 : Acc. naturel. Fille vivante 3 500. Eraillure de la fourchette : un catgut. Délivrance naturelle complète 700.

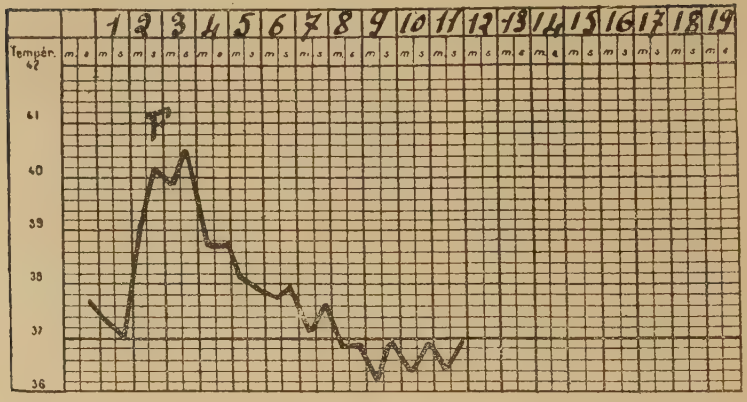
4e jour : Dans la nuit précédente frissons répétés durant plusieurs heures. Femme abattue fatiguée, sueurs abondantes, utérus mou non douloureux. Lochies abondantes et fétides.

5e jour : Meilleur état général.

8e jour : Bon état général. Lochies peu abondantes.

13e jour : Sortie : Utérus à 2 doigts du pubis. Guérison complète.

Obs 22. — Mme L... Fernande, 20 ans. I paré.



22 juin 1924 : Acc. naturel Fille vivante 3.400. Déchirure superficielle du périnée (un catgut). Délivrance naturelle complète 630.

2e jour : Lochies fétides. Ablation du catgut.

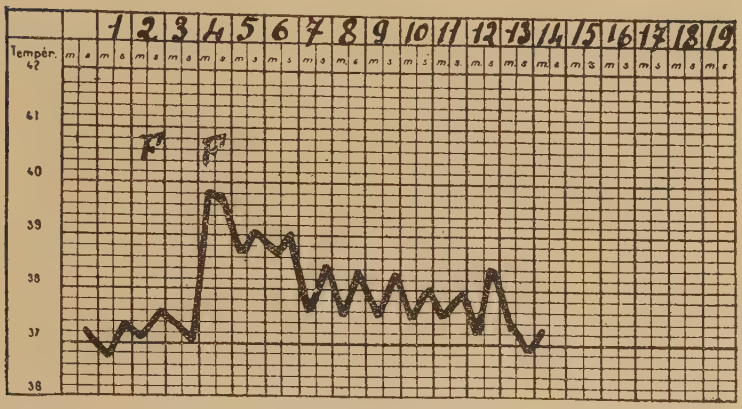
3e jour : Dans la nuit frissons pendant plusieurs heures. Lochies fétides. Utérus un peu douloureux.

5e jour : Meilleur état général. La céphalée diminue. L'utérus à 2 doigts au-dessous de l'ombilic, dur non douloureux. Lochies séro-sanguinolentes.

8e jour : Lochies séreuses.

12e jour : Sortie : Utérus à 4 doigts au-dessus du pubis.

Obs. 23. — Mme T... Gilberte, 28 ans. II pare.



28 avril 1924 : Acc. naturel. Garçon vivant 3.070. Délivrance naturelle 560. Rétention d'une grande partie des membranes.

2e jour : Frisson. Cornes utérines douloureuses. Lochies abondantes.

3e jour : Pas de frisson. Utérus douloureux.

4e jour : Frisson. Céphalée. La corne utérine droite est plus douloureuse que la gauche. Lochies odorantes.

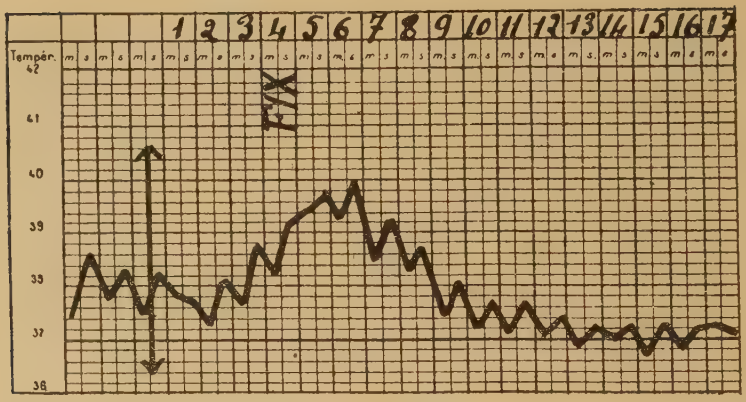
6e jour : Meilleur état général. Utérus non douloureux. Lochies odorantes et abondantes.

12e jour : Utérus rétracté non douloureux.

13e jour (10 mai) : Sortie : Lochies encore abondantes. Utérus non douloureux.

28e jour (25 mai) : La femme entre à la Crèche de Chirurgie avec température à 39. On fait un curettage qui ramène un fragment de placenta : la température tombe aussitôt. Guérison complète,

Obs. 24. — Mme H... Louise, 31 ans. I pare.



13 oct. 1925 : Basiotrypsie sur enfant mort depuis 20 h. Température, infection amniotique liquide fétide). Après l'extraction, injection ovulaire avec de la liqueur de Labarraque.
Délivrance naturelle complète, très fortement colorée en vert : 700.

3e jour : Elévation de température, utérus un peu douloureux.

4e jour : Pas de frissons, utérus douloureux sur ses 2 cornes. Lochies fétides. Abcès de fixation.

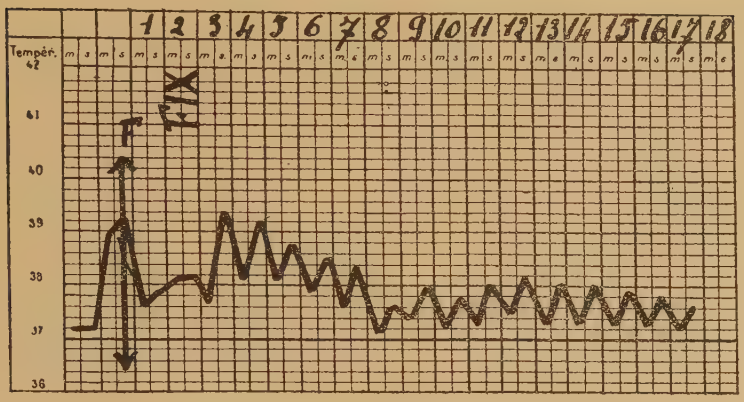
7e jour : Utérus peu douloureux. Lochies à peine odorantes.

11e jour : Utérus non douloureux. Lochies normales. Incision de l'abcès.

17e jour : Suture secondaire de l'abcès.

18e jour : Sortie : Utérus à deux doigt du pubis.
Ablation des fils 7 jours plus tard, cicatrisation parfaite

Obs. 25. — M. S... Mathilde, 30 ans. I pare.



12 mai 1925 : A 17 heures : Grande extraction de siège avec température à 38°9. Enfant vivant 4.020.
Déchirure du périnée malgré une épisiotomie.
Hémorragie de la délivrance. Injection d'hypophyse suivie de l'expulsion immédiate du placenta complet 800.
Tamponnement utéro-vaginal. Suture de l'épisiotomie et du périnée.
19 h. 30 : Frisson.

2e jour : Femme fatiguée. Ablation des catguts.
Abcès de fixation.

3e jour : Utérus douloureux sur les cornes. Lochies fétides.

5e jour : Les plaies vaginales sont recouvertes de débris sphacélés que l'on enlève aux ciseaux.
Utérus non douloureux.

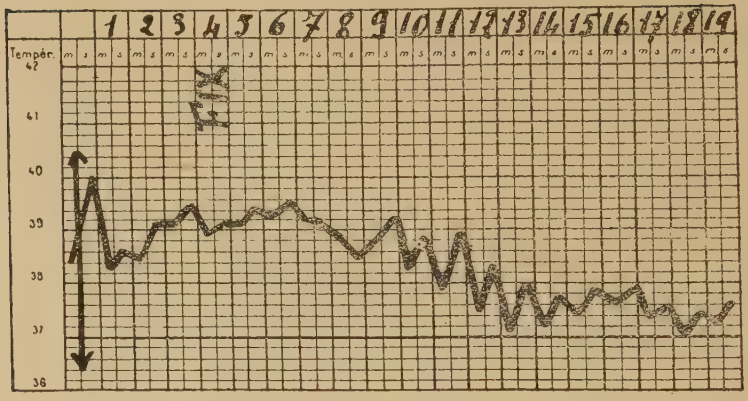
6e jour : Incision de l'abcès.

8e jour : Lochies non fétides. Il y a encore quelques points de sphacèle sur les plaies vaginales.

15e jour : Plaies périnéales en voie d'épidermisation.

24e jour : Sortie : Très bon état général. Utérus à 5 doigts du pubis. Périnée cicatrisé.
Abcès de fixation presque cicatrisé.

Obs. 26. — Mme B... Noémie, 24 ans. I pare.



12 nov. 1924 : Forceps pour non progression de la présentation malgré une injection d'hypophyse. Température : 38°4. Fille vivante 3 820. Délivrance artificielle pour hémorragie suivie d'un tamponnement laissé 5 h.

2e jour : Pas de frisson. Lochies sanglantes. La femme est fatiguée.

4e jour : Lochies fétides. Abcès de fixation.

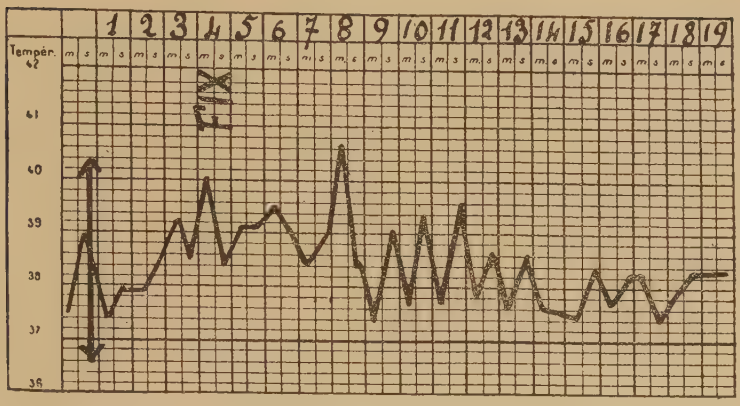
6e jour : Etat général médiocre : teint jaune paille, polypnée (40 resp. par min.) tremblement menu généralisé, fatigue intense, tout mouvement est douloureux.
Pas de signes pulmonaires Utérus non douloureux. Lochies séro-purulentes très fétides.

8e jour : Col entr'ouvert, utérus dévié à gauche ; le toucher très douloureux empêche de préciser l'état des culs-de-sac vaginaux.

11e jour : Amélioration très nette de l'état général.
Incision de l'abcès.

31e jour : Sortie : Très bon état général.

Obs. 27. — Mme V... Yvonne, 28 ans II pare.



3 août 1925 : Acc naturel. Garçon 2.860 n'ayant pu être ranimé. Infection amniotique. Délivrance naturelle 400. Rétention de caduque. Ecouvillonnage avec une compresse iodée ramenant quelques débris de membrane.

2e jour : Utérus sensible. Lochies sanglantes. Bon état général.

4e jour : Utérus au niveau de l'ombilic Pas de frisson. Abcès de fixation.

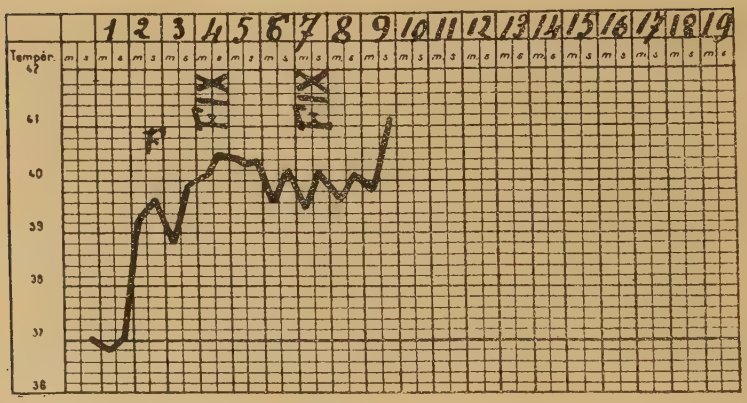
6e jour : Corne utérine gauche douloureuse. Lochies odorantes.

12e jour : Lochies peu abondantes sans odeur. Incision de l'abcès.

15e jour : Utérus non douloureux mais restant gros.

20e jour : Sortie : Utérus à 3 doigts du pubis.

Obs. 28 — Mme P... Suzanne, 25 ans. III pare.



Hernie ombilicale facilement réductible.

17 août 1924 : Acc. naturel. Fille vivante 4250.
Délivrance naturelle complète 950.

2e jour : Plusieurs frissons, vomissements avec douleurs abdominales surtout dans la fosse iliaque droite. Utérus douloureux, col largement ouvert, le cul-de-sac droit est très douloureux.

4e jour : Malaise général. Céphalée persistante. Vomissements dans la matinée. Abdomen douloureux surtout dans la fosse iliaque.
Abcès de fixation.

5e jour : Affaiblissement général. Vomissements verdâtres abondants à 2 reprises le matin.
On fait sous anesthésie à l'éther une colpotomie, celle-ci est blanche.

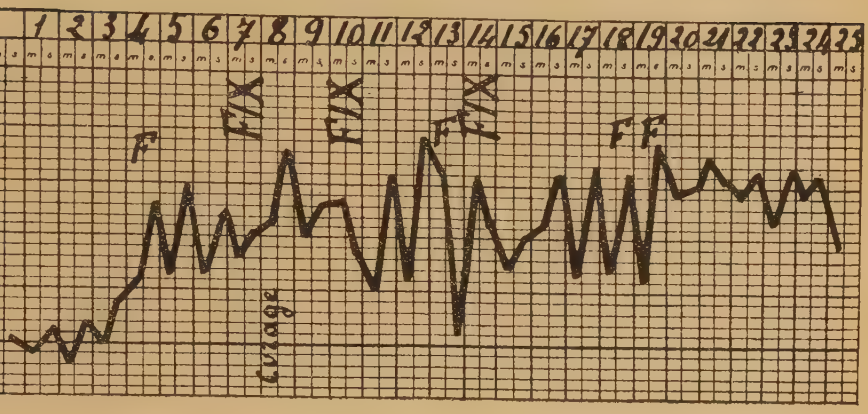
6e jour : Aggravation de l'état général, délire. Météorisme abdominal

7e jour : Météorisme plus marqué. Diarrhée profuse fétide. Langue rouge, sèche Pouls à 125 non dicrote.
2e Abcès de fixation, le 1er n'ayant pas pris.

8e jour : Etat de plus en plus grave, délire continuel, incontinence des sphincters.

9e jour ; Décès, pas d'autopsie.

Obs. 29. — Mme L... Germaine, 28 ans. III pare.



14 mars 1924 : Acc. naturel : siège. Fille vivante 3.450. Délivrance naturelle complète 550.

4e jour : Frissons dans la nuit. Utérus douloureux. Lochies odorantes.

6 jour : L'utérus n'est plus douloureux. Les lochies restent odorantes.

7e jour : Abcès de fixation.

8e jour : La femme perd du sang. Un curage digital ramène un fragment de placenta gros comme une noix. Le soir la température est à 40°6.

10e jour : La femme se plaint du genou gauche : l'examen en est négatif.
2e abcès de fixation, le 1er ne prenant pas.

13e jour : Frissons à 19 heures. Mauvais état général. Sérum glucosé rectal. Les abcès n'ont pas pris.

14e jour : 3e abcès de fixation.

17e jour : Etat stationnaire, on fait une injection de septicémine.

18e jour : Frissons pendant toute la matinée. Diarrhée. Aggravation de l'état général. Sérum glucosé sous-cutané.

19e jour : Frissons.

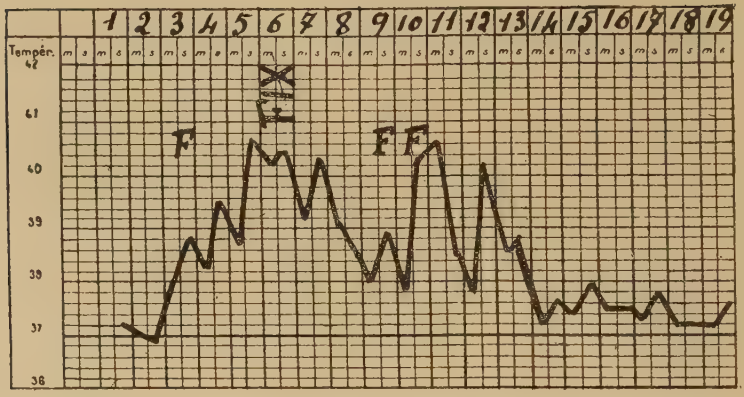
20e jour : Subictère, pommettes rouges, sueurs abondantes. Euphorie parfaite : la femme dit qu'elle partira dimanche. Septicémie, sérum sous-cutané.

22e jour : Somnolence Respiration courte, langue sèche. Subictère.

24e jour : Respiration superficielle et rapide. Langue sèche recouverte d'un enduit noirâtre. Visage couvert de sueur. Tremblement. Subictère.

25e jour : Décès. Pas d'autopsie.

Obs. 30. — Mme V... Lucienne, 25 ans. I pare.



24 août 1924 : Acc. naturel en ville. Garçon vivant 2.850.
Délivrance naturelle qui serait complète.
Après l'acc. injection avec de la liqueur de Labarraque.
Entre à la Maternité à 22 h.

3e jour : Frisson. Sensibilité para-utérine.

5e jour : Femme fatiguée. Lochies odorantes.
Col largement ouvert. Corne utérine gauche douloureuse.

6e jour : Abcès de fixation.

9e jour : Grand frisson à 15 h.

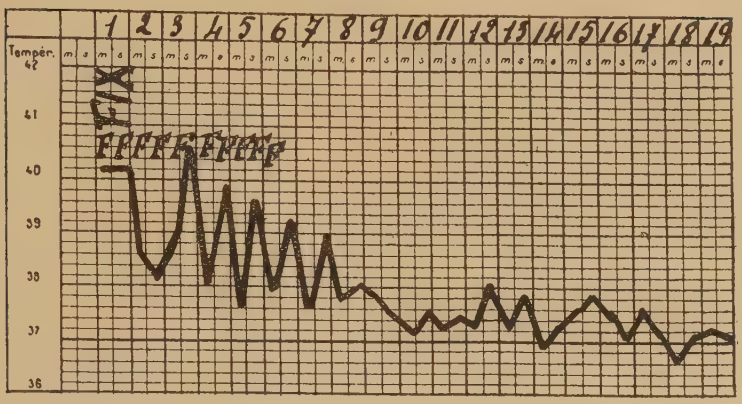
10e jour : Frisson durant une heure, la femme est fatiguée, abattue.

12e jour : Amélioration de l'état général. Persistance de la douleur sur la corne utérine droite.
Les 2 membres inf. présentent un œdème rouge un peu douloureux, ils sont immobilisés par précaution en gouttière pendant 22 jours ; marche 7 jours plus tard.

21e jour : Incision de l'abcès.

47e jour : Sortie. Guérison complète.

Obs. 31. — Mme R... Antoinette, 29 ans. I pare.



6 février 1925 : Acc. en ville. Forceps fait par M. Metzger sur une tête engagée, à dilatation complète depuis 18 heures. Température, mauvais état général. Enfant vivant 3.000.
Délivrance naturelle complète.

1er jour : La femme entre le matin à la Maternité. Etat extrêmement grave. Frissons répétés, pouls rapide, facies plombé. Utérus à l'ombilic, douloureux. Le vagin est sphacélé, ainsi que l'épisiotomie qui n'a pas été suturée. On a l'impression que la femme va succomber en quelques jours. Abcès de fixation.

2e jour : Etat général aussi grave. Frissons répétés.

3e jour : Même état, plusieurs frissons.

4e jour : Frissons le matin et l'après-midi
L'état général est encore aggravé : délire, pouls à 160, très petit ; on attend l'issue fatale. Néanmoins légère réaction de l'abcès de fixation. Huile camphrée, sérum, caféine.

5e jour : Frisson le matin et l'après-midi, ce dernier moins long.

6e jour : Frisson le matin, pas de frisson l'après-midi. Il y a une détente de l'état général, facies meilleur, pouls mieux frappé.

7-8e j. : Pas de frisson.

A dater de ce jour l'état général se remonte très rapidement. L'appétit redevient normal.

Seul persiste l'état local. Depuis l'entrée on fait chaque jour des pansements vaginaux avec de la bouillie lactique précédés de l'ablation aux ciseaux des débris sphacélés. Jusqu'au 15e jour on enlève chaque jour une couche importante de débris sphacélés, on ne peut préciser la situation du col. A partir de cette date des zones bourgeonnantes apparaissent dans la profondeur, elles gagnent rapidement, mais la réparation ne sera complète qu'au bout de 35 jours environ.

Entre temps est apparue une fistule vésico-vaginale au moment de la chute de l'escharre de la partie antérieure du vagin vers le 12e jour.

La femme quitte le service au 50e jour. A ce moment l'abcès de fixation qui a été incisé le 13e jour, est complètement cicatricé. L'état général est excellent. Le col de l'utérus est reporté vers la gauche dans le cul-de-sac latéral.

LES RÉSULTATS

Ces observations n'ont pas été prises au hasard : elles comprennent tous les cas les plus graves qui ont été observés à la Maternité de Tenon, et les observations les plus typiques. Mais nous avons laissé de côté tous les cas où il y avait une localisation telle que phlegmon du ligament large, phlegmatia, et aussi les cas légers malgré le vœu du Congrès de Strasbourg de 1921, c'est-à-dire, ceux où la température reste pendant quelques jours à 38, 38,2 et qui de l'avis unanime guérissent spontanément. Dans la statistique que nous apportons, n'ont donc été compris que les cas graves à forme septicémique. Nous trouvons des frissons dans presque tous, une élévation de température qui dépasse toujours 39 et se maintient plusieurs jours entre 38,5 et 39, une atteinte plus ou moins sérieuse de l'état général.

En 26 mois, il y eut à la Maternité de Tenon et chez la Sage-femme agréée 3.433 accouchements au *terme de 7 à 9 mois*, déduction faite des césariennes. Sur ce

total, il y eut 143 cas d'infection puerpérale se répartissant ainsi :

1924..... 1376 acc., 96 cas d'inf. puerpérale grave.
1925..... 1784 acc., 44 cas d'inf. puerpérale grave.
1926..... 273 acc., 3 cas d'inf. puerpérale grave. (janv. fév).

Nous avons cherché la part qu'avaient les interventions obstétricales dans le total des cas d'infection puerpérale et nous avons trouvé les chiffres suivants :

	1924		1925		1926 janv.-fév.	
	TOTAL	PUERP.	TOTAL	PUERP.	TOTAL	PUERP.
Forceps	75	13	92	7	16	2
Dél. artif.....	14	1	15	1	1	0

Ces chiffres n'ont que la valeur d'une statistique : ils nous invitent cependant à quelques déductions sur lesquelles nous croyons utile d'insister.

C'est tout d'abord la diminution impressionnante de la morbidité qui passe de 7 à 2,4 p. 100 : elle suit d'ailleurs le perfectionnement des méthodes de travail, en particulier de la stérilisation de tout ce qui sert à l'accouchement.

Mais plus impressionnante peut-être est la comparaison du chiffre d'interventions obstétricales courantes :

nous voulons parler des forceps. Tandis que le nombre de forceps passait en deux années de 75 à 92, augmentant ainsi du quart environ, la morbidité par forceps passait de 17 °/₀ à 7 %, diminuant de plus de moitié. Ces chiffres sont éloquents dans leur simplicité : ils montrent qu'une femme à qui l'on fait une application de forceps court actuellement un risque d'infection un peu plus grand que si elle accouchait naturellement, mais aussi que ce risque diminue rapidement et qu'il approche du moment où il sera égal au risque de l'accouchement naturel.

Pour la morbidité par délivrance artificielle, nous sommes loin des chiffres classiques : Bar donne une proportion de 47 °/₀, alors que nous n'avons que 7 °/₀. Ici la disproportion est telle qu'elle paraît presque suspecte. Elle tient à deux causes : d'une part, l'hémorragie étant considérée comme la seule indication à extraire le placenta, la délivrance artificielle devient une intervention rare ; d'autre part, toute délivrance artificielle est faite, la main gantée d'un gant de Chaput stérilisé.

En 26 mois, sur 143 cas d'infection puerpérale grave il n'y eut que deux décès : soit une mortalité de 1,4 °/₀.

L'un est imputable à une septicémie puerpérale avec réaction péritonéale (obs. 28). Le début des accidents au 2ᵉ jour, les frissons, la gravité de l'état général, surtout les vomissements de plus en plus fréquents, le ballonnement abdominal, la diarrhée, le décès au 9ᵉ jour, tout rappelle l'infection puerpérale par inoculation.

L'autre décès est plus troublant (observation 29).

L'accouchement avait eu lieu normalement, rapidement comme chez une III pare. Les accidents débutent le 4e jour par des frissons avec lochies odorantes. 4 jours plus tard la femme saigne : Cet incident, rare dans les suites de couches, fait soupçonner la rétention d'un cotylédon. Après avoir beaucoup hésité et avec appréhension, M. Metzger se décide à faire, sous anesthésie à l'éther, un curage digital, qui ramène un fragment de placenta du volume d'une noix. Ce que l'on craignait survint : le soir, la température dépasse 40, l'état général s'aggrave, des frissons se répètent les jours suivants, de la diarrhée apparaît en même temps que du subictère et un état d'euphorie parfaite. La mort survint au 25e jour : on ne put faire l'autopsie.

Il s'agit d'une septicémie ; mais ce qui rend ce cas très spécial c'est que ce fut le seul où une intervention intra-utérine fut pratiquée pendant l'évolution de l'infection : nous y reviendrons.

Nous appuyant sur ces chiffres, nous nous croyons autorisés à dire : GRACE AU TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE L'INFECTION PUERPÉRALE, MÊME GRAVE D'APRÈS LES SIGNES CLINIQUES, EST RELATIVEMENT BÉNIGNE, PUISQUE SUR UN TOTAL DE 3.433 ACCOUCHEMENTS, NOUS AVONS EU SEULEMENT 2 DÉCÈS, SOIT UNE MORTALITÉ GLOBALE DE 0,058 %.

COMMENT EST DIRIGÉ LE TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPÉRALE A LA MATERNITÉ DE TENON

Dans une question de traitement, il importe d'envisager non seulement ce qu'on fait quand l'infection est déclarée, mais aussi et nous irons jusqu'à dire surtout, ce que l'on fait pour la prévenir. « L'obstétricie, disait Bar au Congrès de Strabourg, s'achemine vers le but qui paraît le plus près de la perfection : être une science de prophylaxie ».

Quand une femme entre à la Maternité en imminence de travail ou au début de celui-ci, on lui fait immédiatement une toilette des organes génitaux. Celle-ci est cependant assez différente de celle que nous savons être pratiquée dans les autres maternités, pour que nous y insistions. La sage-femme commence par ébarber avec des ciseaux les poils exubérants de la vulve ; il suffit que les poils soient coupés très court, il est inutile que la vulve soit rasée : cette dernière opération est douloureuse pour la femme, elle peut devenir dangereuse si on

fait des excoriations susceptibles de s'infecter et de déterminer de la folliculite. A partir de ce moment, nous nous écartons de la technique décrite dans les traités classiques. On y lit qu' « avec de l'eau chaude savonneuse et de la ouate hydrophile, on nettoie tous les plis et replis de la vulve ainsi que le sillon interfessier, la face interne des cuisses et le mont de Vénus; le savon enlevé par un rinçage à l'eau chaude, on lave avec de l'alcool ». Cette méthode est contraire à tout ce que nous savons de l'asepsie. Et d'abord le rinçage de haut en bas fait couler sur la vulve l'eau chargée des souillures de la partie inférieure de l'abdomen et des plis inguinaux. Surtout cette méthode est anti-chirurgicale : jamais aujourd'hui, on ne se contente de savonner et de passer à l'alcool l'abdomen d'une opérée.

Or, il faut bien se persuader que l'accouchement doit être un acte chirurgical. Aussi avons-nous l'habitude de supprimer cette toilette et de la remplacer par un iodage des régions vulvaire, périnéale, anale, ainsi que la face interne et postérieure des cuisses et des fesses, en un mot de tout ce qui se voit quand la femme est en position obstétricale. Nous insistons sur le iodage vulvaire : il faut écarter les grandes lèvres pour badigeonner de teinture d'iode tous les replis. Malgré tout le soin que l'on aura pris, on sera surpris quand le périnée bombera à la période d'expulsion, de voir des traînées de peau sur lesquelles il n'y a pas de teinture d'iode. Ce fait s'explique facilement par la distension extrême de la peau à ce moment, et oblige à badigeonner à nouveau cette région de teinture d'iode. Que

l'on ne crie pas à la brutalité de ce traitement : nous employons de la teinture d'iode au vingt-cinquième, que nous dédoublons quand la peau présente des lésions inflammatoires. Certes il y a une sensation de cuisson pendant quelques instants, elle très supportable et disparaît vite.

La femme ainsi préparée est conduite à la salle de travail après que l'on a recouvert la région vulvaire d'une garniture stérile.

Nous n'avons pas parlé des injections vaginales. La toilette externe, telle qu'elle est pratiquée à Tenon, permet de comprendre que, ne voulant pas d'eau au dehors, nous ne voulons pas à plus forte raison en introduire dans le vagin, et peut-être dans l'utérus.

Pendant la durée du travail, la femme sera examinée. Or l'enseignement actuellement admis est qu'il faut s'abstenir, à moins de circonstances spéciales, du toucher vaginal. A Tenon, les femmes sont examinées souvent, très souvent. Mais chaque examen est fait avec un doigtier dit de Legueu, c'est-à-dire un doigtier, à deux doigts et à collerette ; chaque doigtier est enveloppé dans une feuille de papier et plié de telle manière qu'on puisse le mettre sans toucher aux doigts ; il est stérilisé à l'autoclave. D'autre part cet examen est toujours fait à ciel ouvert : tandis que de la main gauche on écarte les grandes lèvres, les deux doigts sont introduits en même temps dans le vagin.

Au Congrès de l'infection puerpérale de 1923, M. Hauch parlant des rapports de l'infection puerpérale

rale et de la fréquence des explorations vaginales apportait les chiffres suivants :

	Nombre total	Morbidité globale p. 100	Un jour de fièvre p. 100	Plus d'un jour de fièvre p. 100
Cas non explorés.	2.997	27	44	56
Cas explorés.	1.379	24	44	56

Il ajoutait : « le toucher vaginal soigneusement fait n'a pas une si mauvaise influence sur la morbidité puerpérale qu'on est disposé à le croire. » Pour nous, le toucher vaginal soigneusement fait n'exclue aucune intervention, les femmes examinées seulement dans le service restant des « cas purs », suivant l'expression de Bar.

Nous en arrivons maintenant à l'accouchement proprement dit. Quand le périnée bombe fortement, on passe une couche de teinture d'iode sur l'anneau vulvaire et le périnée. Mais surtout tout accouchement est fait à mains gantées ; jusqu'à présent on a dû, à la Maternité de Tenon, se contenter de gants de Chaput bouillis ; il faut souhaiter que l'on puisse faire tous les accouchements avec des gants stérilisés. Cette question des gants discutée au Congrès de 1923 est loin d'avoir réuni l'unanimité des suffrages. Après avoir annoncé que bien des accoucheurs n'avaient pas constaté une réduction

de la morbidité puerpérale après usage des gants, le rapporteur lui-même n'a-t-il pas écrit : « L'emploi des gants peut être dangereux, car il est difficile de les maintenir stériles, et on risque de ne plus se laver consciencieusement les mains ». Cette opinion est assez surprenante en 1923 ; bien des années de pratique chirurgicale vont à l'encontre de celle-ci. Tout en restant convaincu que la meilleure méthode antiseptique consiste encore à ne pas toucher de corps souillés de matières septiques, suivant la formule de Bar qui date de 1883, nous estimons que les gants doivent être considérés comme d'un emploi indispensable.

La délivrance tient dans la genèse de l'infection puerpérale une place suffisamment importante pour mériter qu'on s'y arrête. Il semble inutile de rappeler que la délivrance doit être faite seulement quand le placenta est décollé. Vouloir extraire le placenta par traction ou expression, ou par traction combinée à l'expression, c'est chercher à avoir une délivrance incomplète.

N'est-ce pas cependant à cela que tendent à conduire certaines formules telles que celle-ci : on tentera la délivrance dans la seconde demi-heure qui suit l'accouchement (Jeannin). En suivant ces prescriptions à la lettre, on est amené à cette alternative : ou bien faire la délivrance par traction et expression et s'exposer à une délivrance incomplète, ou bien faire souvent une délivrance artificielle. Pourtant une femme qui n'est pas délivrée ne court aucun risque, ni risque d'hémorragie puisqu'on la surveille, ni risque d'infection puisqu'on

n'y touche pas. Pourquoi vouloir obliger l'utérus à décoller le placenta en un certain nombre de minutes? Nous avons l'habitude d'attendre pour extraire le placenta que celui-ci soit complètement décollé, quel que soit le temps écoulé depuis l'accouchement. Aucune des 30 délivrances artificielles faites à Tenon ne le fut pour non décollement du placenta ; chaque fois il s'agissait d'une hémorragie grave, ce qui pour nous est la seule indication à faire une délivrance artificielle.

L'examen du délivre est bien entendu fait avec soin. Il peut révéler une rétention de cotylédon ou une rétention de membranes : ce sont deux cas très différents.

S'il manque un cotylédon ou même si on a un doute sur l'intégrité du placenta, la révision s'impose : elle est immédiate. Cette intervention est faite aseptiquement, c'est-à-dire à main gantée. Avec un peu d'habitude et un gant de Chaput, on perçoit très nettement toutes les irrégularités de la muqueuse utérine. Nous terminons quelquefois par un iodage de la cavité utérine, jamais par une injection intra-utérine. En effet, si on est certain de l'asepsie, il est préférable de ne pas modifier les cellules superficielles de l'utérus ; si on a un doute, l'injection est insuffisante et il faut une application locale de teinture d'iode non diluée. Cette révision utérine ne comporte pas de gravité ; nous n'avons jamais vu d'accident à sa suite.

Interventionniste en présence d'une rétention de cotylédon, nous nous abstenons toujours quand il y a rétention de membranes, que celle-ci soit partielle ou

totale. Ce n'est pas certes une technique admise par tous ; en 1923, M. Bouffe de Saint Blaise conseillait « de ne jamais laisser sortir de la salle de travail une femme qui, après l'examen des membranes de l'œuf, puisse être soupçonnée d'une rétention quelconque ». Il ajoutait : « le procédé importe peu : que ce soit une révision utérine à l'aide de la main coiffée d'une compresse, ou un nettoyage avec une curette mousse et aussi grande que possible, cela m'est égal, mais je termine toujours mon intervention par un examen soigneux fait à la main coiffée d'un gant très fin qui me donne la certitude que je cherche ».

A cette même séance, M. Metzger préconisait la technique abstentionniste à laquelle il est toujours resté fidèle, appuyant sa thèse sur des arguments très précis que nous croyons utile de rappeler : « sans doute dans des conditions très favorables, comme celles que l'on rencontre par exemple à l'hôpital, on peut avoir de bons résultats par l'intervention convenablement pratiquée ; mais il faut voir dans quelles conditions encore déplorables d'asepsie se passera cette révision utérine, dans la clientèle même relativement aisée de la plupart des médecins qui font des accouchements. Il est hors de doute que le risque couru par la femme sera beaucoup plus grave si l'on intervient que si l'on s'abstient. En effet, même dans les meilleures conditions, on voit le fâcheux résultat de la thérapeutique intra-utérine mis en parallèle avec l'abstention pure et simple. J'ai récemment fait rechercher ces résultats par un de mes élèves, le Dr Fournié, qui a fait sa thèse sur ce sujet. Il a réuni

595 cas de rétention de membranes ; 405 fois on fit l'écouvillonnage, 190 fois on s'abstint ; avec l'écouvillonnage il n'y eut que 3 cas d'apyrexie, (soit 0,74 %) tandis que par l'abstention on a 9,47 % de cas où la température ne dépassa pas 37° dans les suites de couches. Dans 2,60 % des cas d'abstention la température dépasse 38°, tandis qu'après l'écouvillonnage on la voit dépasser 38° dans 13,6 %. Jamais nous n'avons vu 39° (et même un seul cas a atteint 38°5) avec l'abstention, au lieu que dans 3,11 % des cas d'écouvillonnage, nous avons noté une température dépassant 39° et même 40° dans les suites de couches, et cela après des accouchements simples, sans intervention avant l'écouvillonnage. Il est du reste très fréquent de voir la température qui était normale faire un crochet le soir même qui suit l'écouvillonnage. Dans les différents services dont j'ai eu la responsabilité, j'ai fait supprimer les révisions utérines et n'ai jamais eu à le regretter. Voici une observation qui me paraît particulièrement démonstrative : une malade est amenée à la clinique Tarnier en travail depuis 3 jours, présentant une grosse albuminurie et des signes d'éclampsisme ; elle accouche au bout de quelques heures d'un enfant mort de 2180 grammes. Le liquide amniotique est fétide, la température est à 40°5 ; la délivrance un peu tardive se fait pourtant naturellement, mais il y a rétention des membranes : on les laisse et malgré cela la température des suites de couches ne dépasse pas 38°2 (une seule fois). La malade sort le 11e jour en très bon état. Je suis persuadé que si on avait touché à l'utérus, on aurait risqué une infection

grave. L'abstention doit donc être considérée comme la conduite la meilleure.

D'ailleurs comment peut-on espérer débarrasser complètement l'utérus des débris de membranes en se servant même d'un écouvillon, et à plus forte raison d'une curette ou de la main. Il suffit de se rappeler combien il est difficile souvent d'enlever les membranes au cours d'une césarienne, où l'on a pourtant le contrôle de la vue !... »

Après la délivrance on est tenté de faire une toilette externe, de nettoyer avec de l'eau savonneuse cette vulve souillée de sang, de matière sébacée, de méconium. On est plus tenté encore de donner une injection vaginale qui, en principe, doit enlever les caillots retenus dans le vagin. Nous ne faisons aucun lavage, ne donnons aucune injection vaginale : nous nous contentons de mettre de la teinture d'iode sur la région vulvaire, et d'y maintenir par un bandage en T une garniture stérile. Toutefois on peut nettoyer à l'alcool la face interne des cuisses, mais en maintenant pendant ce temps sur la région vulvaire un pansement stérile, de même qu'après une laparotomie on passe de l'alcool sur l'abdomen après avoir protégé l'incision avec des compresses.

Telle est la technique obstétricale suivie à la Maternité de Tenon et qui permet, croyons-nous, d'obtenir le maximum de garanties contre l'infection puerpérale. Le nombre de cas d'infection puerpérale que nous rapportons et qui paraît élevé, vient cependant confirmer ce

que nous avançons : la morbidité baisse régulièrement ainsi que le nombre de cas d'infection puerpérale, à mesure que la technique se perfectionne. Il nous faut cependant y ajouter trois faits importants.

A toute femme qui a subi une intervention obstétricale quelconque, forceps, version interne, délivrance artificielle et dans tous les cas douteux, on met le jour même de l'accouchement une vessie de glace sur l'utérus. Si le 5e jour la température n'a pas dépassé 37°6 la glace est supprimée.

Il convient ensuite de veiller à l'état de la vessie : même à la suite d'un accouchement naturel, à plus forte raison à la suite d'un accouchement artificiel, la vessie a tendance à se laisser distendre, déplissant le segment inférieur et gênant l'involution utérine. Un cathétérisme vésical répété aussi souvent qu'il le faudra, deux ou trois fois par jour, pendant autant de jours qu'il sera nécessaire, aura raison de cette parésie. Il faut en effet perdre cette hantise de l'infection : si un sondage est fait aseptiquement, il n'y a rien à craindre, et faire un cathétérisme aseptique est chose facile quand, après écartement des grandes lèvres, on voit le méat sur lequel on peut déposer une goutte de teinture d'iode.

Enfin, et c'est un point capital, il faut isoler toute femme qui fait de la température, c'est à dire 38°, 37°8, surtout si les lochies sont fétides. Dans les salles encombrées comme le sont la plupart des salles de suites de couches, il vaut mieux prévenir que guérir : cet aphorisme est ancien, il est toujours vrai.

*
* *

Nous en arrivons maintenant au traitement proprement dit de l'infection puerpérale grave. Il s'agit de la femme qui le soir du 2e ou 3e jour présente un grand frisson, la température monte brusquement à 40°, l'état général est rapidement atteint, les lochies sont fétides, parfois depuis 24 heures déjà ; les plaies vaginales sont grisâtres, qu'il y ait une épisiotomie ou simplement des éraillures vaginales, l'utérus est gros, douloureux sur une des cornes ou sur les deux. C'est une infection puerpérale grave, il y a septicémie.

Une telle femme est bien entendu isolée, et le traitement est institué aussitôt. On met d'abord une vessie de glace sur l'utérus. Souvent d'ailleurs elle y est déjà, soit que l'accouchement ait été quelque peu dystocique ou qu'une particularité de celui-ci permette d'entrevoir la possibilité de l'infection. Nous insistons sur un fait de pratique courante : la vessie de glace doit être placée sur l'utérus et non au hasard sur l'abdomen. Fréquente est en effet la déviation latérale de l'utérus due à la distension vésicale. L'empreinte du sac de glace est toujours sur la partie moyenne du bas ventre, tandis que l'utérus est parfois dans le flanc ; c'est un fait que nous avons eu souvent l'occasion de constater, il suffit de penser à cette possibilité pour éviter qu'elle ne se produise.

A cela nous ajoutons peu de chose. On enlève tous les catguts qui ont été mis sur les lésions périnéales ou vulvaires, on panse à plat avec une mèche imbibée de

bouillie lactique. C'est assurément un des meilleurs traitements des escharres vagino-vulvaires. Les cultures lactiques acides empêchent, en effet, le développement des microbes protéolytiques et putréfiants ; à l'action acide, action primordiale puisque le streptocoque ne peut s'y développer, s'ajoute une autre action biologique de cause obscure : l'apparition presque instantanée d'une leucocytose de défense, et cette leucocytose est une leucocytose intense (Longepierre). Cette bouillie lactique est préparée dans un verre stérile par mélange à parties égales de lactose stérilisé et de Biolactyl liquide. Après agitation, la mèche est imbibée de cette préparation et introduite dans le vagin et sur les plaies vulvaires. Une garniture est placée ensuite devant la vulve.

Fait-on des injections vaginales ? Quelquefois et non systématiquement, seulement sur prescription quand les lochies sont fétides. Jamais on ne donne d'injections vaginales avant le 6e ou 7e jour : à ce moment le col est reformé et s'il est encore perméable au doigt, surtout dans les cas d'infection, il est peu perméable aux liquides. Encore ces injections sont-elles données à basse pression et avec une canule percée seulement d'orifices latéraux.

Tels est le traitement local que nous pratiquons.

Le traitement général est encore plus simple : ni sérum, ni vaccin, ni métaux colloïdaux, rien qu'une bonne alimentation à laquelle on ajoute toujours de la viande crue. A cela on adjoint parfois quelques médications symptomatiques, de l'huile camphrée si le cœur faiblit,

du sérum glucosé si la femme est déshydratée et si les urines sont insuffisantes, du chloral si l'insomnie persiste. Mais c'est l'exception.

Dans certains cas la thérapeutique en reste là, cependant très souvent nous faisons dès le 2e ou 3e jour, c'est à-dire précocement, un abcès de fixation. Ce n'est pas d'ailleurs que nous pensions que l'abcès de fixation ait une valeur thérapeutique spécifique : nous aurons l'occasion de le discuter et d'insister sur quelques particularités de son évolution.

C'est à cela que se réduit le traitement de l'infection puerpérale grave, septicémique ; de la glace sur l'utérus, de la bouillie lactique sur les plaies vaginales, une bonne alimentation,le plus souvent un abcès de fixation. Il faut avouer que nous sommes loin des multiples méthodes préconisées par bien des accoucheurs ; à cette « polypragmasie » dont parlait déjà Bonnaire,nous opposons un traitement minime avec des résultats au moins égaux, sinon supérieurs, à ceux des autres Maternités.

Il nous faut encore signaler un fait qui a une grosse importance pratique : l'alimentation des enfants de femmes atteintes d'infection puerpérale. Bar estimait dangereux de faire absorber du lait de femme infectée à un enfant sain ; il admettait tout au plus qu'on puisse laisser allaiter toute femme dont l'infection était très légère, locale et bien supportée. D'ailleurs dans les formes sérieuses, disait-il, la question ne se pose guère, une des conséquences les plus habituelles de l'infection

puerpérale étant d'enrayer la montée de lait. Notre impression est différente : à la Maternité de Tenon toute femme infectée continue à allaiter son enfant, à moins que l'état général ne soit très gravement atteint. Ainsi pour l'enfant de Mme R... Antoinette qui délirait (obs. 31), l'allaitement naturel n'était pas possible. De nos observations, c'est la seule où l'enfant ait été nourri exclusivement au biberon.

L'étude des courbes de poids des enfants de femmes infectées nous a montré que sur 125 enfants, 92 avaient été nourris au sein, soit 80 o/o ; parfois il y eut lieu cependant de compléter quelques tétées avec du lait de vache. Dans les autres cas, l'enfant fut élevé à l'allaitement mixte, sein et biberon,ou sein et bouillies maltées.

Il semble bien que l'infection maternelle, même grave, n'ait pas de conséquence pour l'enfant. Pourtant parmi ces observations nous en avons relevé deux où la courbe de poids resta stationnaire ou oscillante tant que la mère eut de la température, c'est-à-dire du 3e au 10e jour dans un cas, du 6e au 10e jour dans l'autre. Ces deux cas ne sont pas suffisants pour infirmer ce que nous disions plus haut. D'ailleurs dans une 3e observation nous voyons la température de la mère revenir à la normale le 14e jour, et les accidents intestinaux, en particulier de la diarrhée verte, n'apparaître qu'au 17e jour, 3 jours plus tard.

Nous pensons donc que l'allaitement au sein peut être continué par une femme infectée, sans qu'il en résulte aucun trouble pour son enfant qui devra cependant être plus surveillé que tout autre.

ÉTUDE CRITIQUE DE CE TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPÉRALE

Cette manière de traiter l'infection puerpérale, indépendamment des résultats qui ne sont pas contestables, peut se justifier scientifiquement. Nous nous proposons d'ailleurs de discuter les arguments scientifiques sur lesquels s'appuie cette thérapeutique.

Nous ne voudrions pas nous arrêter sur la simplicité de ce traitement, et pourtant c'est un des plus précieux avantages qu'y trouvera aussi bien l'accoucheur professionnel, le praticien de ville, que le médecin de campagne. N'est-il pas plus facile de passer de la teinture d'iode que de faire un savonnage et un rinçage de la vulve, de donner une injection vaginale avant l'accouchement, avant la délivrance, après la délivrance !..

Et surtout quelle sécurité, quelle tranquillité d'esprit !.. Malgré tous les progrès de l'asepsie, il est difficile, même à l'hôpital, de donner en série des injections vaginales, absolument stériles tant il faut, pour chaque injection, stériliser d'objets : eau, bock, caoutchouc, canule. Ce qui est difficile à l'hôpital ou dans une clinique, le sera encore bien plus quand l'accouchement

aura lieu à domicile. En fait on se contente bien souvent de ce qu'on appelle couramment l'eau bouillie, c'est-à-dire de l'eau qu'on a fait bouillir dans un récipient quelconque, que l'on verse en la filtrant sur du coton (?) dans des bouteilles simplement lavées et que l'on conserve ainsi plus ou moins longtemps ! Il est surprenant d'ailleurs qu'avec de tels moyens on n'ait pas plus souvent des accidents. On objectera que les antiseptiques ajoutés à cette eau, liqueur de Labarraque, eau oxygénée, solution de Tarnier, permanganate ou autres rendent cette eau stérile, et de plus agissent sur les germes du vagin. A cela nous répondrons que puisqu'on ne peut avoir d'eau stérile, il vaut mieux n'en point employer du tout, et que par ailleurs il est inutile d'agir sur les germes du vagin.

Ce fut pourtant la préoccupation constante des accoucheurs d'agir sur les germes du canal vagino-utérin, et sur tout ce qui pouvait favoriser leur développement. Pourtant les traités classiques enseignent que « l'utérus, dans les conditions physiologiques, est, 80 fois sur 100, libre de tout germe au cours de la première semaine des suites de couches. Ces germes, inexistants dans la partie supérieure du col, apparaissent dans sa partie inférieure et deviennent de plus en plus nombreux à mesure que l'on se rapproche de la vulve : les voies génitales inférieures hébergent donc à l'état normal et surtout à l'état pathologique de très nombreux microbes, en particulier les pathogènes habituels qui y vivent à l'état saprophyte, mais sont capables dans des conditions données de récupérer leur virulence. Ces

germes peuvent faire spontanément ascension vers l'utérus ; ou bien ils y sont portés par le doigt lors d'un toucher ou par la canule lors d'une injection vaginale ou utérine ».

On ne saurait être plus affirmatif sur le danger des injections vaginales données à titre préventif, puisqu'elles risquent d'infecter l'utérus en y portant non seulement les germes de la région vulvaire, mais aussi ceux de l'opérateur et des instruments. De plus ces irrigations ont un pouvoir bactéricide très faible, hypothétique même, d'autant que, sauf au moment de l'accouchement, le vagin est une cavité virtuelle, que l'on ne peut désinfecter qu'en tendant les parois. Enfin ces antiseptiques même à un titre très bas, ont une action nocive sur les tissus, retardant la guérison des plaies du vagin et du périnée.

Toutefois dans l'infection puerpérale déclarée, quand les lochies sont fétides, une irrigation vaginale avec de l'eau stérilisée et de la liqueur de Labarraque au quart, peut être utile comme désodorisant. A cette période, c'est-à-dire vers le 7e jour, elle n'est plus dangereuse, le canal cervical est reformé ; s'il est perméable au doigt, il ne l'est plus aux liquides, surtout injectés à très basse pression, avec une canule à orifices latéraux.

Ces injections, même faiblement antiseptiques, ne peuvent être faites quand il y a de la bouillie lactique dans le vagin, les ferments lactiques succombant au contact du plus léger antiseptique.

Nous avons suffisamment insisté sur les raisons qui nous font intervenir aussitôt après la délivrance en cas de rétention placentaire, et nous abstenir s'il y a rétention des membranes. Il nous faut cependant discuter l'opportunité de l'intervention intra-utérine durant l'évolution de l'infection puerpérale à l'occasion des observations 23 et 29.

Leur étude simultanée nous montre que ces deux femmes ont une délivrance que l'on croit complète alors qu'il manque un fragment placentaire ; toutes deux commencent une infection grave ; à l'une on fait au 8e jour un curage digital, elle meurt le 25e ; à l'autre, on ne fait rien, elle guérit et, 15 jours après la sortie du service, à l'occasion d'une nouvelle élévation de température on évacue l'utérus. Ces 2 cas rapprochés l'un de l'autre, sont fort troublants et méritent d'être étudiés avec soin.

De tout temps les interventions intra-utérines pendant l'évolution d'une infection puerpérale ont été reconnues comme très dangereuses. En enlevant la barrière granuleuse de l'endomètre au cours de l'intervention quelle qu'elle soit, on ouvre des orifices veineux et lymphatiques, on balaye les caillots qui commencent à obturer ces orifices, on ensemence à plaisir cette énorme surface dont tous les points répondent à un vaisseau ou à une traînée lymphatique : le frisson qui suit si souvent ces interventions traduit bien cette « réinfection ». Si l'organisme est souvent assez résistant pour réagir, cet ensemensement a pu être fatal. Il est certes difficile de dire que notre malade est morte parce qu'on lui a fait un

curage, et cependant on eut l'impression que l'intervention fit date dans l'évolution de la maladie. Il n'est pas moins vrai que l'autre femme guérit, bien qu'ayant présenté les signes d'une infection grave : frisson au 2e jour, nouveau frisson au 4e, état général nettement atteint.

Il faut avouer que ces deux cas sont troublants et que la technique généralement admise nous fait un peu peur. M. Bouffe de Saint Blaise dans la communication citée plus haut, parlant de l'infection déclarée, s'exprime ainsi : « Il est certain que s'il est resté quelque chose d'étranger au tissu vivant, si la cavité utérine est tapissée d'une toile septique qui se putréfie, comme dans la rétention des membranes, il faut avant tout l'enlever et curetter. » Dans le traité de Bar et Brindeau, le Pr Jeannin écrit que : « Quels que soient les débris, l'indication est formelle, il faut avant tout essai thérapeutique en débarrasser l'endomètre : laisser in utero ces matières essentiellement fermentescibles équivaut à donner aux germes qui y pullulent un excellent milieu de culture. »

Nous aurions tendance, au contraire, étant donnés les deux cas que nous avons observés, à agir différemment et à ne plus intervenir d'aucune manière sur l'utérus pendant toute la durée de l'infection. D'ailleurs certains cas de tumeurs d'origine placentaire tenderaient à prouver que le placenta peut être toléré par l'utérus. M. Metzger nous disait avoir observé une femme qui présentait des métrorragies et un gros utérus, et chez laquelle on avait posé le diagnostic de cancer du corps de l'utérus. Au cours d'une exploration intra-utérine

faite pour biopsie, il ramena des débris de tumeur qui furent reconnus au microscope pour être du placenta : la dernière grossesse datait de 15 ans.

Si l'abstention locale peut être acceptée, un peu à contre-cœur par la plupart des accoucheurs il est certain que l'on s'abstiendra difficilement de ne pas faire de thérapeutique générale. Et cependant ce qui devrait être le plus suspect à un esprit critique, c'est le traitement général de la septicémie puerpérale, septicémie manifestée par des frissons, prouvée par la présence de germes dans les hémocultures.

L'histoire même de l'infection puerpérale montre que de tout temps on a cherché à atteindre les germes circulants, ou plutôt à créer de nouveaux anticorps pour renforcer ceux qui existent déjà dans l'organisme. On avait fondé de beaux espoirs sur la sérothérapie, espoirs bientôt déçus, et Bar pouvait écrire, il y a déjà longtemps : « Dans l'état actuel de la science nous ne pouvons compter sur la sérothérapie pour combattre l'infection puerpérale. » Puis ce fut l'ère des injections de sels d'argent, encore employés aujourd'hui, mais sans grande conviction. Vint ensuite la vaccinothérapie : auto-vaccin, stock vaccin, lipo-vaccin ; on y ajouta tout récemment l'application intra-utérine de filtrat de cultures de streptocoques. Depuis quelques années, la mode est au novarsenobenzol : nous hésitons à écrire ce mot « mode », et cependant il est malheureusement vrai qu'il y a pour le traitement de l'infection puerpérale une mode dont on parle presque dans les salons.

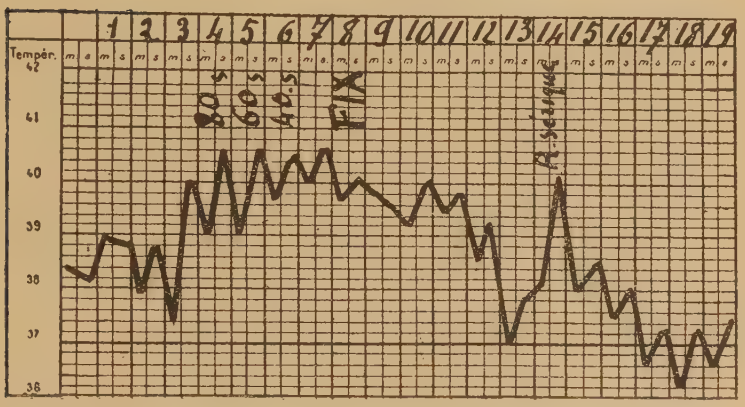
Mais il faut étudier les courbes de température de femmes traitées par l'une quelconque de ces méthodes : nous en avons recherché plusieurs parmi les cas qui nous ont paru, d'après les observations, être les plus typiques et les plus graves. Nous reproduisons une courbe d'infection puerpérale traitée par :

Le sérum de Leclainche et Vallée (Thèse de Langlois) ;

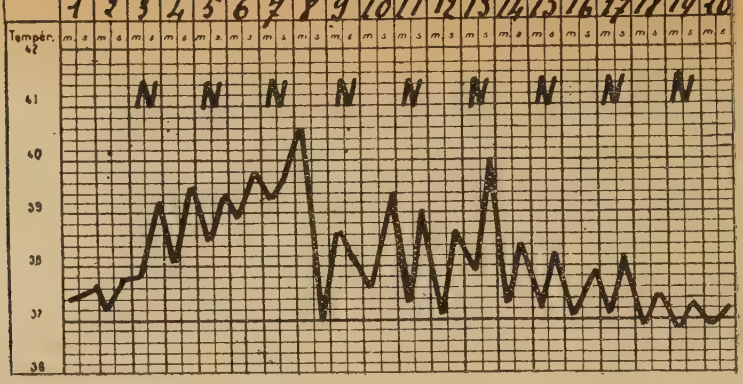
Le novarsénobenzol (Thèse de Joanny) ;

La septicémine ;

Le filtrat de cultures de streptocoques (M. Lévy-Solal).

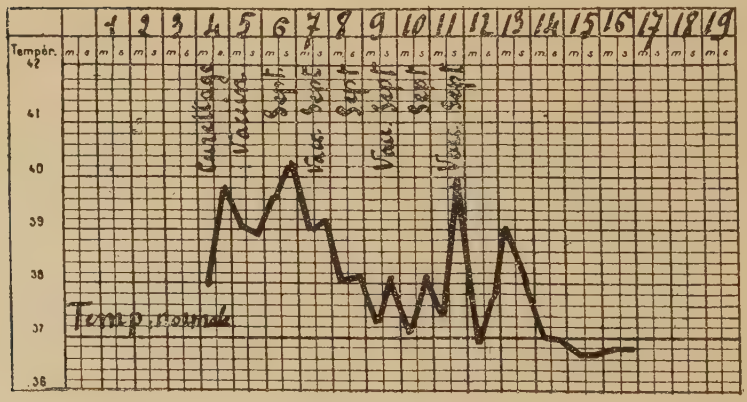


Traitement par des injections intra-musculaires de sérum de Leclainche et Vallée (Langlois)

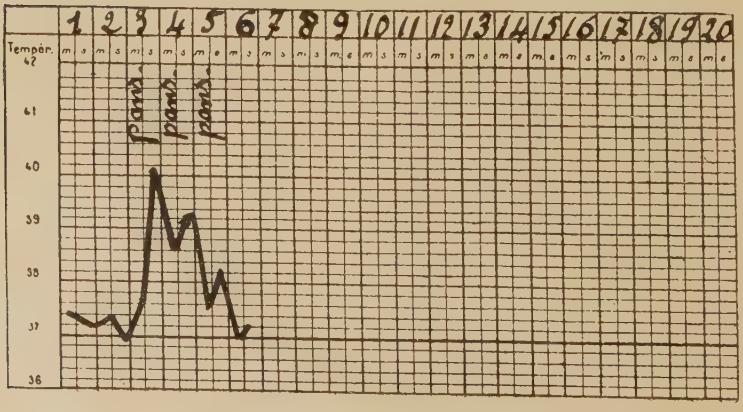


Traitement par des injections intra-veineuses de Novarsenobenzol (Joanny)

N : 10 centigrammes de Novar



Traitement par la Septicémine



Traitement par des pansements intra-utérins de filtrat de cultures de streptocoques (Levy-Solal)

Ces courbes de température n'ont été reproduites que pour permettre de les comparer aux nôtres. Elles leur sont superposables dans la mesure où on peut parler de superposition : la durée est sensiblement la même, l'évolution identique. Seule diffère la technique thérapeutique : dans nos observations un traitement très minime, dans les autres des traitements variés. Il ne semble pas, d'ailleurs, que ces traitements aient eu une influence très nette sur l'évolution de l'infection.

Devant ces résultats, on peut alors reprendre pour y répondre affirmativement la phrase que nous osions écrire au début de ce travail : « L'infection puerpérale guérit non pas grâce aux traitements institués, mais bien malgré ces traitements ; en un mot l'infection puerpérale a tendance à guérir seule ». Certes, c'est là une opinion osée, téméraire, et cependant, quand on constate que, par un traitement très minime, on obtient d'aussi beaux résultats que par toutes les méthodes jusqu'alors proposées, on est en droit de la soutenir.

Pourtant il est encore une objection qui est faite couramment et qui peut se résumer ainsi : « en présence d'un cas grave, on ne peut pas ne rien faire ». Que cette objection est forte, et pourtant elle est bien peu scientifique... Que de fois l'avons-nous entendu faire à la Maternité de Tenon, et surtout l'avons-nous lue dans les yeux de médecins et d'étudiants à qui on montrait les courbes de température d'infection puerpérale... C'est qu'il y a au fond de tout médecin un besoin de faire quelque chose devant un cas grave, besoin doublement impérieux parce qu'il s'agit d'un médecin, et que ce mé-

decin est un « homme ». A cette objection on peut répondre affirmativement : oui, en présence d'un cas grave, il ne faut pas faire quelque chose, si ce quelque chose peut être nuisible.

Ne voyons-nous pas diverses maladies évoluer en quelque sorte comme l'infection puerpérale. Pour ne parler que de la fièvre typhoïde, n'avons-nous pas vu l'application de la glace sur l'abdomen remplacer avantageusement le bain classique, et la thérapeutique le plus souvent ne pas aller au-delà. Il semble que dans cette affection comme dans plusieurs autres, on tente à laisser l'organisme réagir avec ses propres moyens de défense.

Pourquoi vouloir traiter différemment des maladies analogues, les unes par l'abstention reconnue jusqu'à présent comme le seul traitement efficace, l'autre par des injections diverses dont le moins qu'on puisse dire est qu'elles sont inutiles quand elles ne sont pas néfastes. M. Metzger nous disait avoir vu deux femmes mourir 5 heures après une injection intra-veineuse de collargol, médicament qui a pourtant la réputation de n'être pas dangereux. Il nous rapportait récemment le cas de deux jeunes femmes infectées, soignées dans des cliniques par des injections répétées de sérum, vaccin, métaux colloïdaux, etc., et dont l'état se transforma rapidement du jour où, éloignées de ces cliniques, elles furent traitées... par rien.

Il ne serait pas exact cependant de dire que nous ne faisons aucun traitement, car très souvent nous faisons

un abcès de fixation dont il nous faut maintenant discuter la valeur.

La question de l'abcès de fixation est déjà ancienne puisqu'elle date de 1892. Il faut remarquer que c'est pour traiter l'infection puerpérale que Fochier chercha à créer artificiellement un foyer de suppuration facile à traiter, dans le but de fixer l'infection qui menaçait l'organisme. Les médecins s'en emparèrent plus tard, l'appliquant au traitement de certaines septicémies, en particulier à celui des formes graves de la grippe. M. Netter insista sur les bons résultats qu'il donne dans l'encéphalite épidémique. Cependant cette thérapeutique est loin d'être admise par tous les accoucheurs : un certain scepticisme en ce qui concerne son efficacité et certains inconvénients ont eu sur la vulgarisation de la méthode une influence défavorable ; les discussions dont la Société Médicale des Hôpitaux vient d'être le théâtre, reflètent bien cet état d'esprit.

« Il serait préférable, disait Wallich, de ne pas provoquer d'abcès de fixation qui, sans donner des bénéfices évidents, augmentent sûrement les souffrances des malades. » C'est le résumé des critiques faites à la méthode de Fochier auxquelles il est facile de répondre.

Certes la formation de l'abcès de fixation est douloureuse, d'abord seulement au toucher, puis spontanément ; il s'agit de douleurs rarement très intenses ; en outre dès que l'abcès est formé, un pansement humide les diminue beaucoup. Cependant ces pansements ne doivent pas être appliqués avant que l'abcès ne soit « pris ». Bien plus, ceux qui s'élèvent contre les dou-

leurs que cause l'abcès de fixation, n'hésitent pas à faire des injections de sérum, déterminant parfois des frissons, très souvent des accidents sériques extrêmement pénibles.

D'ailleurs l'élément douleur, en dehors de cas très spéciaux, n'a pas à intervenir dans le choix d'une thérapeutique qui ne doit être choisie que d'après sa valeur. Or ici deux points sont en présence : la valeur pronostique, la valeur thérapeutique de la méthode de Fochier.

La valeur pronostique de l'abcès de fixation semble à l'heure actuelle admise par tous. Dans une infection puerpérale grave, une réaction locale intense, aboutissant à une suppuration rapide, peut être considérée comme un gage à peu près certain de guérison ; une réaction nulle comporte un pronostic extrêmement grave. Les faits que nous rapportons sont en accord avec cette opinion. Sur les 54 abcès de fixation faits à Tenon, 2 seulement ne donnèrent aucune réaction locale : les deux femmes succombèrent ; toutes les autres guérirent, et dans des cas où tout semblait perdu comme dans les observations 7 et 31, où le décès était attendu d'une heure à l'autre, seule la réaction de l'abcès de fixation permettait de garder un rayon d'espoir justifié par les événements.

Néanmoins si le seul bénéfice de l'abcès de fixation était de permettre de porter un pronostic, nous y attacherions beaucoup moins d'importance. On ne peut en effet porter un pronostic sur un seul signe. Mais nous estimons que la méthode de Fochier a une certaine valeur thérapeutique. Déjà Farez écrivait que « la tempé-

rature est influencée dans tous les cas, que c'est avec l'apparition de l'abcès que se fait l'amélioration de l'état général ». Le Prof. Jeannin dans la dernière édition du traité de Bar, écrit : « Il semble, et ceci de plus en plus formellement,que la valeur thérapeutique de l'abcès de fixation est *indiscutable* ». La meilleure preuve de la valeur de l'abcès de fixation n'est-elle pas son emploi combiné à d'autres traitements ? Il est rare que l'on ne fasse pas d'abcès de fixation dans des formes graves d'infection puerpérale, que l'on soit partisan ou non du novarsenobenzol, de la septicémine ou de tout autre produit : les observations publiées par bien des accoucheurs nous l'apprennent.

Comment agit cet abcès de fixation ? Il faut sur ce point avouer notre ignorance : hyperleucocytose de Chantemesse, propriétés antiseptiques de l'essence de térébenthine, augmentation du pouvoir bactéricide des humeurs, rôle d'épuration, fixation des germes, toutes ces pathogénies ne satisfont pas l'esprit et la clinique. Il y a quelques semaines M. Feuillé rapportait le résultat de ses expériences dont voici les conclusions : « Chez des chiens de forte taille, de gros abcès peuvent soustraire en quelques jours plusieurs fois le nombre total de leucocytes contenus dans le sang circulant. Il s'est fait ainsi une rénovation leucocytaire dont le résultat se manifeste au microscope par une amélioration de la formule leucocytaire. L'armée des leucocytes a retrouvé une vigueur nouvelle : la lutte contre les microbes est devenue plus efficace. De plus dès les premiers jours

de son évolution, l'abcès provoque une leucocytose avec leucolyse sanguine libérant des albumoses et agissant par chocs plus ou moins silencieux. A la période de mûrissement la poche se charge des albumoses qui sont facilement résorbées : il faut donc inciser l'abcès le plus tard possible. »

Quelle que soit la manière dont agisse l'abcès de fixation, son action paraît utile. Nous ne disons pas que les femmes ont guéri parce qu'elles ont eu un abcès de fixation, mais nous croyons que celui-ci les a aidées à lutter contre l'infection. Si d'ailleurs nous en faisons assez volontiers, c'est que nous avons quelque peu modifié la technique primitive.

L'injection est faite à la face antéro-externe de la cuisse, assez haut pour éviter la réaction de l'articulation du genou. Nous injectons 2 centimètres cubes d'essence de térébenthine dans le tissu cellulaire sous cutané. Souvent par l'orifice de l'injection s'écoule une partie du liquide qui, pénétrant dans le derme, peut devenir une cause de douleur. Pour éviter cet accident nous injectons 1 centimètre cube d'air et employons une longue aiguille.

L'incision de l'abcès est faite tardivement du 7e au 12e jour, au point déclive, sous anesthésie locale au chlorure d'éthyle ; il est préférable de faire une incision un peu grande, 8 ou 10 centimètres, pour pouvoir facilement détruire avec le doigt les logettes de pus. A partir de ce jour on fait des pansements secs, et vers le 5e ou 6e jour l'abcès est pratiquement évacué. Si on aban-

donne l'abcès à lui-même la cicatrisation est longue et défectueuse du fait de l'épidermisation des lèvres de la plaie. Aussi avons-nous pensé être utile en faisant une suture secondaire ; les premières que nous avons faites furent tardives, vers le 10e jour. Actuellement nous appuyant sur l'asepsie du pus de ces abcès, nous faisons cette suture dès qu'il ne s'écoule plus de pus, c'est-à-dire vers le 4e ou 5e jour. La technique en est simple : anesthésie locale avec la solution de novocaïne à 1 o/o sans adrénaline, excision des lèvres de la plaie, suture avec 2 ou 3 crins, drainage avec un faisceau de crins pendant 2 ou 3 jours. Dans les cas où l'incision a été faite loin du point déclive et où il y a un grand décollement, nous croyons utile de faire une petite contrincision temporaire. Les fils sont enlevés le 6e ou 7e jour, la cicatrisation est alors parfaite. Cette intervention secondaire que nous n'avons pas retrouvée dans la littérature médicale, nous a donné de bons résultats : elle répond à l'un des reproches qui a été fait à l'abcès de fixation : la cicatrisation tardive.

Mais surtout nous différons des classiques en faisant cet abcès précocement. Comme le disait très justement Carle : « l'abcès de fixation n'agit pas comme une piqûre d'éther ou une injection d'huile camphrée, ce n'est pas un traitement pour agonisants. Chez des malades adynamiques, sans pouls, dans le collapsus, il ne saurait être d'aucune utilité. »

Nous avons retrouvé dans beaucoup d'observations publiées cette tendance de faire l'abcès de fixation quand tout avait été essayé. Nous croyons au contraire que,

pour être utile, celui-ci doit être fait précocement, rarement le jour de l'ascension brusque de la température, mais dès le 2e ou 3e jour si la température reste très élevée, à plus forte raison si du fait de l'accouchement, on a des raisons de craindre des accidents graves. Dans les cas où il existe une infection ovulaire grave, nous avons même l'habitude de faire l'abcès de fixation le jour même de l'intervention ou dès le lendemain. L'évolution semble raccourcie, comme le montrent les courbes des observations 24, 25, 26 et 27.

Dans les cas où la première injection d'essence de térébenthine ne donne lieu à aucune réaction locale, nous tentons un 2e abcès vers le 5e jour. Si celui-ci « prend », le premier se forme alors rapidement, et on peut les inciser tous les deux le même jour (obs. 11). Si, au contraire, la deuxième injection de térébenthine reste sans résultat, on pourra en faire une troisième, mais sans grand espoir de la voir aboutir (obs. 29).

Nous estimons qu'ainsi compris l'abcès de fixation est une bonne chose : il aide à guérir les femmes, mais ce n'est pas lui qui les guérit. Ce qui permet aux femmes de guérir, c'est d'abord d'éviter l'inoculation au moment de l'accouchement, c'est ensuite de réaliser, suivant la phrase de M. Metzger, « une sorte d'hysterectomie physiologique, bien supérieure à l'hysterectomie chirurgicale, en mettant de la glace sur l'utérus ». Il faut en un mot s'abstenir dans le post-partum d'un bout à l'autre, et c'est peut-être la technique la plus difficile à faire accepter.

CONCLUSIONS

1° La multiplicité des traitements proposés pour combattre l'infection puerpérale démontre de manière incontestable qu'il n'y a pas encore de traitement spécifique.

2° Grâce au traitement prophylactique l'infection puerpérale, même grave en apparence, a aujourd'hui une tendance naturelle à guérir.

3° Il y a donc lieu de s'abstenir d'un bout à l'autre de l'infection de toute thérapeutique pouvant faire courir un risque à la femme.

4° Nos observations prouvent que dans les cas d'infection puerpérale grave, on obtient de très beaux résultats en employant uniquement le traitement suivant :

De la glace sur l'utérus.

De la bouillie lactique sur les plaies vaginales.

Un abcès de fixation qui, à condition d'être précoce, semble avoir une influence heureuse sur l'évolution de l'infection.

5° Ce traitement employé à l'exclusion de tout autre nous a donné dans les cas d'infection puerpérale grave une mortalité de 1,4 o/o en 26 mois : il mérite donc d'être employé jusqu'au jour où on aura un traitement spécifique.

Vu, *le Doyen*,
H. ROGER.

Vu, *le Président*,
JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

Ne pouvant donner la bibliographie complète de l'infection puerpérale, nous n'indiquons ici que les ouvrages utilisés pour l'exécution de ce travail.

Adam. — Contribution à l'étude de la Vaccinothérapie dans l'infection puerpérale (*Th. Paris*, 1921).

Bar Brindeau et Chambrelent. — La pratique de l'art des accouchements.

Benoit. — A propos du curettage dans les suites de couches. Son emploi comme moyen prophylactique de l'infection puerpérale (*Th. Paris*, 1921).

Bouffe de Saint Blaise. — Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 11 juin 1923.

Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française, 1921.

Congrès de la Fièvre Puerpérale, 1923.

Couvelaire Levy-Solal et Simard. — Soc. de Biologie, 23 février 1924 et Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 7 avril 1924.

Dubrisay et Jeannin. — *Précis d'Accouchement.*

Farez. — Infection puerpérale et abcès de fixation (*Thèse Lille*, 1919).

Feuillé. — A propos de l'abcès de fixation (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, février 1926).

Fournié. — A propos de la conduite à tenir dans les cas de rétention des membranes après l'accouchement (*Th. Paris*, 1923).

Hauch. — Congrès de la fièvre puerpérale, 1923.

Heitz. — Contribution à l'étude de la vaccination préventive et curatrice de l'infection puerpérale à streptocoques par le lipo-vaccin anti-streptococcique (*Th. Paris*, 1919).

Jeannin. Thérapeutique obstétricale.

Jeannin. — L'infection puerpérale in *Bar Brindeau et Chambrelent.*

Joanny. — Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale. Une méthode de thérapeutique générale par le novarsénobenzol (*Th Paris*, 1923).

Langlois. — Contribution à l'étude du traitement des infections puerpérales par un sérum polyvalent préparé suivant la technique de MM. Leclainché et Vallé (*Th. Paris.* 1923).

Levy-Solal et Simard. — Traitement précoce de l'infection puerpérale au moyen de pansement spécifique (*Presse Médicale*, 22 juillet 1925).

Longepierre. — Contribution à l'étude de la bactériothérapie lactique comme traitement préventif de l'infection puerpérale (*Th. Paris*, 1922).

Metzger. — Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française, 1921.

Metzger. — Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 11 juin 1923.

Omont. — Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale à streptocoque par un sérum anti-streptococcique préparé suivant la technique de Mme S. Krongod-Vinaver (*Th. Paris,* 1921).

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — *Traité d'Obstétrique*, édition 1925.

1926. Saint-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC.